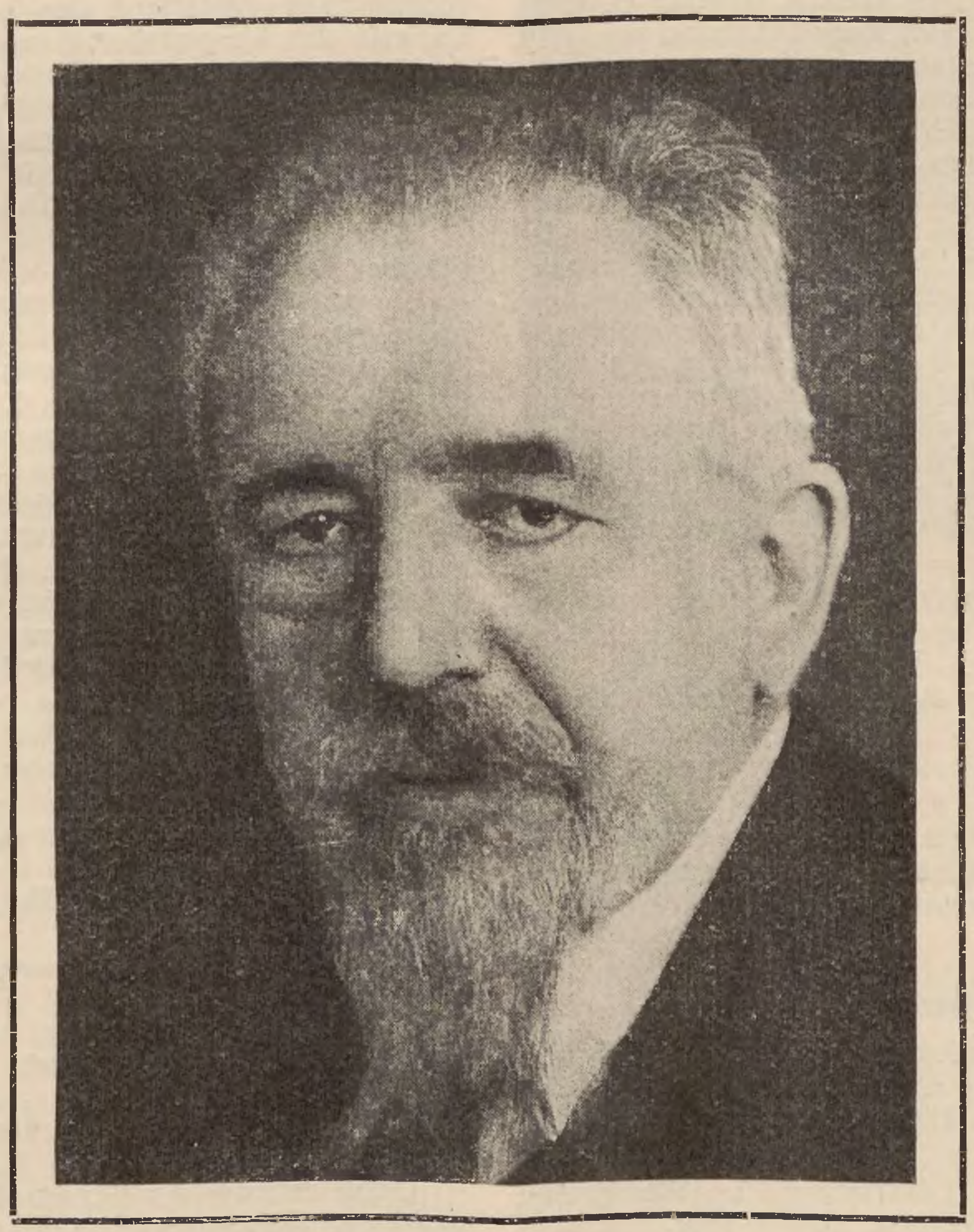
Nr. 37. 11. września 1932 Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

SEWERYN STERLING

Ze śmiercią Seweryna Sterlinga poniosła nauka polska i całe społeczeństwo niepowetowaną stratę.

Urodzony w r. 1864 w Gustku pod Tomaszowem Maz., pochodził z rodziny, która dała licznych przedstawicieli nauki i sztuki. Po skończeniu IV-go Gimnazjum Warszawskiego w r. 1883 wstąpił na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył w r. 1889. Przez dalsze dwa lata pracował w Warszawie u prof. Baranowskiego i następnie w Wiedniu, Monachjum i Jenie. Praktykował od 1891 do 1894 w Tomaszowie, a następnie bez przerwy przez 38 lat w Łodzi.



Zmarły w dniu 6. VIII. 1932 r. Dr. Sterling był postacią niepowszednią, rzadko spotykaną w obecnych czasach. Należał On raczej — ze względu na olbrzymi rozmach pracy, na ogrom włożonej energji, na wszechstronność zainteresowania, na głębokie wielostronne wykształcenie, na rzadki temperament naukowy i społeczny, na wielkie wyniki swej pracy — do postaci, jakie dała ludzkości Wielka Epoka Odrodzenia. Jak Wielcy Ludzie Odrodzenia nie zasklepiał się w ciasnej jednostronnej gałęzi wiedzy, czy też jednostronnej działalności. Wszystko, co dotyczyło Człowieka — zdrowego, a zwłaszcza chorego — wszystko to było przedmiotem Jego zainteresowania.

Jest znakomitym lekarzem teoretykiem. Najzawilsze zagadnienia medycyny teoretycznej interesują Go, — stara się je wyświetlić w szeregu znakomitych prac. Jest redaktorem świetnie prowadzonego pierwszego pisma prowincjonalnego lekarskiego „Czasopisma Lekarskiego", które prowadzi przez 10 lat (1899—1908), czem wzbudza zainteresowanie i podziw wśród świata lekarskiego. Interesują Go problematy bakterjologji i parazytologji. Interesują Go zagadnienia higjeny ogólnej, a zwłaszcza społecznej. Już w r. 1903—1912 jest przewodniczącym Łódzkiego Oddziału Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego, które dzięki Niemu wykazało niezmiernie ożywioną działalność, jak zakładanie sekcyj („Kropla Mleka"), urządzanie wystaw (higjeniczna, antyalkoholowa), urządzenia szeregu odczytów z dziedziny higjeny społecznej, wydawanie broszur popularnych z zakresu najważniejszych zagadnień medycyny społecznej (alkoholizm, gruźlica, choroby weneryczne).

Mieszkając w środowisku pracy zwraca uwagę na zagadnienie patologji zawodowej. Już przed 30-kilku laty interesuje się sprawą ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia powyższe porusza w szeregu znakomitych prac.

Ale interesują Go nietylko dociekania teoretyczne. Zagadnienia kliniki, zagadnienia najtrudniejsze wzbudzają w Nim olbrzymie zainteresowanie. Widzimy to w szeregu bardzo cennych prac z dziedziny patologji układu krążenia, nerek, hematologji, przemiany materji i endokrynologji. Wreszcie dziedzina zagadnień gruźlicy, zagadnień teoretycznych i praktycznych znalazła w Nim niestrudzonego badacza. Kilkadziesiąt prac z tej dziedziny, w tem kilka większych monografij, jeden znakomity podręcznik, własna klasyfikacja (uznana od r. 1925 i obowiązująca u nas do dnia dzisiejszego). Już pierwsza Jego praca, która wyszła z własnego, założonego jeszcze w Tomaszowie laboratorjum, poświęcona jest gruźlicy. Temu zagadnieniu poświęcona jest i ostatnia Jego praca z lutego 1932 r. (Zagadnienia gruźlicy w r. 1882 i w r. 1932). Wielki erudyta — krytycznie oceniając nowe metody i środki terapeutyczne, zjawiające się na Zachodzie — trafnie ocenia metodę uciskową i staje się teoretycznym i praktycznym propagatorem metody Forlaniniego już w r. 1910. W r. 1909 powołuje do życia (drugą w Państwie) Ligę Przeciwgruźliczą. Tworzy Muzeum Przeciwgruźlicze. Jest twórcą sanatorjum dla lekko gruźliczych w Chojnach (1916 r. dla dorosłych i 1920 r. dla dzieci). W r. 1918 powstaje dzięki Niemu przy Magistracie m. Łodzi Sekcja do Walki z Gruźlicą, która staje się wzorem dla innych miast.

Poza działalnością naukową — był znakomitym praktykiem, diagnostą i terapeutą. Był ordynatorem oddziału chorób piersiowych w Szpitalu im. Poznańskich od r. 1894—1908, następnie ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych, a od roku 1930 poza tem jeszcze Lekarzem Naczelnym tegoż szpitala. Jako kierownik oddziału był magnesem przyciągającym siły lekarskie w Łodzi. Ze szpitala stworzył znakomitą placówkę naukową, do której garnęli się lekarze łódzcy i uważali za szczęście i zaszczyt możność pracy na Jego oddziale. Sterling był znakomitym wykładowcą. Wykłady prowadził dla lekarzy na oddziale szpitalnym od wielu lat. Od chwili utworzenia Wolnej Wszechnicy Polskiej (Oddział w Łodzi) został powołany na katedrę higjeny społecznej. Poza działalnością czysto naukową odznaczał się talentem organizatorskim. Był inicjatorem Zjazdów Lekarzy Prowincjonalnych. Był twórcą wspomnianych wyżej instytucyj przeciwgruźliczych. Poza tem Zmarły był wielkim działaczem oświatowym. Jest współzałożycielem (1906 r.) Towarzystwa Krzewienia Oświaty; organizuje polskie szkolnictwo średnie w Łodzi (1905 r.); należy do organizatorów Bibljoteki Publicznej w Łodzi i jest jej prezesem; jest organizatorem Towarzystwa Kultury Polskiej w Łodzi.

Zmarłego interesują zagadnienia polityki państwowej i samorządowej. Już na ławie uniwersyteckiej należy do „Związku Młodzieży Polskiej", organizacji zbliżonej w ogólnych zarysach do

Filaretów wileńskich, a w politycznym kierunku do socjalistów niepodległościowych. Ideałom młodości pozostał wierny do końca życia. Jest współtwórcą Ligi Państwowości Polskiej w r. 1915. W tymże roku bierze udział w Komitecie Obywatelskim jako członek sekcji sanitarno-szpitalnej i sekcji robót publicznych. Jest radnym w I-ej Radzie Miejskiej. W instytucjach samorządowych lekarskich od pierwszej chwili ich powstania piastował godności członka Rady Izby Lekarskiej Łódzkiej i stanowisko wiceprezesa Sądu Izby Lekarskiej Łódzkiej.

Co rzadko się zdarza — wszechstronna i owocna działalność Zmarłego już za życia znalazła uznanie w sferach lekarskich, obywatelskich oraz najwyższych Czynników Państwowych. Był uznawany za autorytet naukowy. Na zjazdach lekarskich bywał przewodniczącym na posiedzeniach. A i ostatni IV-ty Zjazd Przeciwgruźliczy w Zakopanem w r. 1931 odbył się pod Jego przewodnictwem. Był długoletnim prezesem Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego i jego Członkiem Honorowym. Był Członkiem Honorowym Towarzystw Lekarskich: Krakowskiego (r. 1911), Lubelskiego (r. 1914), Wileńskiego (r. 1924), Lwowskiego (1924 r.), Częstochowskiego (r. 1924), Kaliskiego (r. 1927), Towarzystwa Medycyny Społecznej (r. 1924), Członkiem Honorowym Polskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, Członkiem Korespondentem Tow. Lek. Warszawskiego (r. 1896), Członkiem Korespondentem Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu (r. 1897), Członkiem Honorowym Międzynarodowego Stowarzyszenia do Walki z Gruźlicą (r. 1897). Był Członkiem Honorowym Najwyższej Rady Lekarskiej w r. 1919, a w r. 1923 wice-prezesem Państwowego Komitetu do Walki z Gruźlicą. Poza redakcją „Czasopisma Lekarskiego" był członkiem Komitetów Redakcyjnych: „Przeglądu Lekarskiego", „Polskiej Gazety Lekarskiej", „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej" oraz „Gruźlicy". W roku bieżącym został wybrany członkiem korespondentem Polskiej Akademji Umiejętności. Został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi i Orderem Niepodległości Polski. Jako lekarz i człowiek był osobistością najbardziej popularną w Łodzi. Popularność tę zdobył nie przez schlebianie gustom publiczności i przystosowanie się do jej życzeń, ale dzięki swej olbrzymiej, uczciwej i ofiarnej pracy, dzięki swym wielkim zaletom umysłu i charakteru. W życiu prywatnem i towarzyskiem miał w całej swej charakterystycznej postaci, z charakterystyczną piękną głową, z niezmiernie żywemi oczyma — urok i czar, który roztaczał naokoło siebie i który zjednywał Mu wszędzie oddanych przyjaciół.

Odszedł od nas Wielki Uczony, Wielki Lekarz i Wielki Człowiek.

Dr. A. S. Tenenbaum (Łódź).

* * *

Drukiem ogłosił około stu prac z dziedziny medycyny teoretycznej, higjeny ogólnej, statystyki, historji medycyny, przedewszystkiem zaś z dziedziny medycyny klinicznej i higjeny społecznej.

Wśród nich są prace następujące:

Przyczynek do kwestji poszukiwania lasecznika gruźliczego w plwocinie. Gazeta Lekarska 1894 r. Beitrag zum Nachweise des Tuberkelbacillus im Sputum. Zentralblatt f. Bakteriologie u. Parasit. 1895.

Ospa a suchoty. Czasopismo Lekarskie T. I. 1889. Pocken u. Schwindsucht. Zeitschr. f. Tuberkulose. Tom I. 1889.

Warunki pracy zawodowej robotników fabryki sukna. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1894. Ein Beitrag zur Hygiene der Wollindustrie. Ztschr. f. Gewerbehygiene 1895.

Drobnoustroje peptonizujące w mleku krowiem. Medycyna. 1894. Die peptonisierenden Bakterien der Kuhmilch. Zentralblatt f. Bakteriologie und Parasitenkunde. 1895.

Zapalenie gardzieli i ostry gościec stawowy. Kronika Lekarska. 1896.

O krzywicy wykład kliniczny. Medycyna. 1895. Rhachitis. Ein Klinischer Vortrag. Archiv f. Kinderheilkunde. T. XX. 1895.

Samozakażenie jako teorja patologiczna. Odczyty Kliniczne. Warszawa 1897. Zeszyt 5. Ueber Autoinfektion. Sammlung Klinischer Vorträge. Monachjum 1897. Zeszyt 179.

Znaczenie E. Klinka w historji polimyositis progressiva acuta. Notatka historyczna. Krytyka Lekarska. 1897.

Metoda Elsnera wykrywania laseczników duru brzusznego. Medycyna 1897. Ueber die Elsnerische Metode des Nachweises der Typhusbacillen. Zentralblatt f. Bakteriologie u. Parasit. 1897.

Eparsalgja, tak zwane naderwanie się. Medycyna 1897. Eparsalgie. Berliner Klinik. 1898. Eparsalgie Nr. Nr. 14 i 15 „L'Indepedance Medicale" 1897.

Kartka ze statystyki lekarskiej. Krytyka Lekarska. 1897.

Czego nas uczy statystyka śmiertelności z powodu suchot płucnych. Zdrowie. 1898.

Sposoby przepisywania leków in praxi pauperum. Łódź. 1900.

Statystyka suchot w 39 szpitalach prowincjonalnych Król. Polskiego. Prace Sekcji Gruźliczej IX. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników. Kraków. 1901.

Leczenie pierwszych okresów gruźlicy. Prace Sekcji Gruźliczej IX. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. Kraków. 1901.

O kilku przypadkach influenzy sercowej. Czasopismo Lekarskie. 1901.

O prognostycznem znaczeniu stałego przyśpieszenia tętna w przebiegu gruźlicy płuc. Czasop. Lekarskie. Tom V. Ueber die prognostische Bedeutung der konstanten Pulsbeschleunigung im Verlaufe der Lungentuberculose. Münch. Med. Wochenschr. 1904.

Pomoc lekarska dla ludności miejskiej, a w szczególności dla fabrycznej. Medycyna w Samorządzie. Warszawa. 1908.

O presklerozie. Czasopismo Lekarskie. 1903.

O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu. Wyd. II-e. Odczyty Kliniczne. Nr. Nr. 212, 213, 214. 1911.

Ciśnienie tętnicze (P. D.) u gruźliczych okresu pierwszego. Przegląd Lekarski. 1911.

Postaci kliniczne suchot płucnych. Warszawa. Odczyty Kliniczne. Nr. Nr. 229, 230 i 231. Eine neue Einteilung der chronischen Lungentuberkulose. „Tuberkulosis". 1913. VIII.

Odma piersiowa sztuczna. Kraków. 1912.

Pneumothorax — Therapie bei Lungenschwindsucht (Leitsätze der XI. Internation. Tuberkulose — Konf.) 1913.

O użyciu oscylometru sfigmometrycznego do badania ciśnienia krwi. Gazeta Lekarska. 1914.

Odma piersiowa sztuczna. Referat główny — wspólnie z K. Dłuskim na II. Zjeździe Internistów Polskich we Lwowie. Przegląd Lekarski. 1916. Beitrag zum Künstl. Pneumothorax. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. 1916.

Zapalenia nerek w świetle poglądów tegoczesnych. „Odczyty Kliniczne", Warszawa 1918. Nowa Serja. Zeszyty 1, 2 i 3.

Compendium suchot płucnych pospolitych. Łódź. 1921.

Wartość rokownicza odczynu poadrenalinowego. Gazeta Lekarska. 1921. La reaction post-adrénalique dans le pronostic. Paris Medical. 1922.

Podstawy kliniczne klasyfikowania suchot przewlekłych. Polska Gazeta Lekarska. 1925.

Stan obecny lecznictwa swoistego gruźlicy. Polska Gazeta Lekarska. 1928.

Przebieg gruźlicy płuc i jej podział. W dziale „Gruźlica i walka społeczna z gruźlicą". Pod redakcją Prof. St. Ciechanowskiego. 1926.

Władysław Biegański w historji medycyny polskiej. Polska Gazeta Lekarska. 1926.

Układ nerwów współczulnych a gruźlica. „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej". Zeszyt III. 1926.

Krwawienia płucne. Polska Gazeta Lekarska. 1927.

Tezy do walki z gruźlicą. Łódź. 1919. Wydanie drugie, poprawione. Łódź 1928.

O charakterze wczesnych objawów chorobowych. Wykład inauguracyjny. Wolna Wszechnica. Łódź. 1928.

Gruźlica płuc a suchoty płuc (dorosłych). Wytyczne publicznego leczenia suchot płucnych (dorosłych). Podł. wykł. na XIII. Zj. Lek. i Przyrodn. Polskich w Wilnie. Nowiny Lekarskie. 1929.

Dr. med. Kazimierz Dłuski. W dniu siedmdziesiątejpiątej rocznicy urodzin. Warszawskie Czasopismo Lekarskie. 1930.

Zagadnienia gruźlicy w r. 1882 i w r. 1932. Pol. Gaz. Lek. 1932.

PRACE ORYGINALNE.

Anastazy LANDAU i Stanisław KAMINER. Warszawa.

O leczeniu ropnych spraw płucnych zapomocą wstrzykiwań dożylnych alkoholu.

Z I-go oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik: Dr. A. Landau.

Przed przeszło rokiem ogłosiliśmy pierwsze nasze spostrzeżenia o skutecznem działaniu wstrzykiwanego dożylnie 33% alkoholu na ropne sprawy płucne; w publikacji owej podaliśmy genezę i przypuszczalny mechanizm działania tego leku. Powtórzymy tu pokrótce, iż pierwszy S. Thursz zaproponował wstrzykiwanie dożylne dużych dawek alkoholu (100—300 cm³ roczczynu 33%) celem leczenia raka, a następnie zakażeń ogólnych, głównie popołogowych. W latach 1923—1927 mieliśmy na oddziale stosunkowo duży materjał podostrego złośliwego zapalenia wsierdzia *(endocarditis lenta maligna)*; w celach leczniczych próbowaliśmy u tych, skazanych na niechybną śmierć ludzi, najrozmaitszych środków leczniczych. Ponieważ nie dawały one rezultatów trwałych, uciekliśmy się również do metody Thursza, a mianowicie do wstrzykiwań dożylnych 100—200 cm³ 33% alkoholu w roczczynie soli fizjologicznej *(alcoholi absoluti* 33,0; *sol. physiol. sterylis.* 67,0). Otóż metoda ta w *endocarditis lenta*, poza krótszemi lub dłuższemi przestankami bezgorączkowemi, większych efektów leczniczych nie dawała; jednocześnie jednak spostrzegliśmy, iż wstrzykiwania alkoholu wpływają pomyślnie na powikłania płucne w przebiegu tej choroby, a mianowicie na ilość odpluwanej ropnej plwociny oraz wilgotnych rzężeń w dolnych płatach płucnych, zależnych od ropnego zapalenia oskrzelików, ew. ognisk zapalenia płuc zrazikowego. Spostrzeżenie powyższe przenieśliśmy wkrótce na inne ropne sprawy płucne, których przebieg był ciężki i które odznaczały się niezwykłą opornością przy stosowaniu zwykłych metod leczenia zachowawczego. W przypadkach podobnych zdołaliśmy uzyskać niejednokrotnie bardzo efektowne wyniki lecznicze i istotnie w pierwszej naszej publikacji podaliśmy opis dwu ciężkich przypadków rozlanego zapalenia płuc z wytworzeniem ograniczonych jam ropnych, ew. zgorzelinowych; w przypadkach opisanych wstrzykiwania dożylne alkoholu spowodowały u chorych, których stan pozornie wydawał się beznadziejnym, szybki zwrot na lepsze, który zamienił się następnie w prawie doszczętne wyleczenie. Zastanawiając się nad istotą i mechanizmem dodatniego działania alkoholu w ropnych sprawach płucnych, już w pierwszem doniesieniu zaznaczaliśmy, iż alkohol wstrzykiwany dożylnie dostaje się bezpośrednio do chorego narządu — płuc i tam rozwija bądź swe działanie bezpośrednio bakterjobójcze, bądź też zapomocą układu siateczkowo-śródbłonkowego narządu oddechowego, którego powinowactwo do ciał tłuszczowych wykazane było przez Roger'a; mamy przeto w danym razie do czynienia zarówno z pneumotropją tkankową alkoholu, jak i jego bakterjotropją. W doniesieniu tem zwróciliśmy również uwagę na to, iż pierwotne wielkie dawki (Thursz) = 150—300 cm³ zmniejszyliśmy w ropnych sprawach płucnych do codziennych dawek 20—30 cm³, a to na tej podstawie, iż w jednym przypadku rozlanej zgorzeli płucnej, leczonym dużemi dawkami alkoholu, otrzymaliśmy jako powikłanie żółtaczkę miąższową. Z tego też względu przy leczeniu alkoholem obecnie stosujemy dodatkowe wstrzykiwania insuliny po 5 jednostek 1—2 razy dziennie. Od czasu pierwszej naszej publikacji liczba naszych spostrzeżeń znacznie się zwiększyła: dotyczy to zarówno chorych szpitalnych, jak i klienteli pozaszpitalnej jednego z nas. W międzyczasie ukazała się również publikacja M. Fejgina z szeregiem pomyślnych spostrzeżeń. Jesteśmy przeto w możności ściślej określić wskazania lecznicze, a zarazem zobrazować wynik leczniczy odpowiedniemi przykładami. Przedewszystkiem zaznaczyć musimy, iż pierwotne stężenie alkoholu (33%) zmniejszyliśmy do 20% *(alcoholi absoluti* 20,0; *sol. physiolog. sterylis.* 80,0 — *pro inject. intravenosa)*, a to dlatego, iż bardziej stężone roczczyny alkoholu zamykają światło żył, które stają się niezdatne do powtórnych zastrzyknięć, gdy tymczasem zdarzają się przypadki, które wymagają nawet kilkunastu zastrzyknięć. Roczczyn alkoholu wprowadzamy do żył przegubów łokciowych; zawsze zaczynać należy od żył leżących bardziej obwodowo, zostawiając sobie w rezerwie żyły, leżące bardziej dośrodkowo. Wstrzykujemy zazwyczaj 30—40—50 cm³ roczczynu alkoholu 20% dożylnie oraz insulinę podskórnie, jak wyżej podano. Jeżeli osobiście przekładamy wielokrotne zastrzykiwania alkoholu w mniejszej dawce, to nie można z całą stanowczością twierdzić, iż wielkie dawki muszą być zarzucone. Ostatnio Thursz pokazywał nam rentgenogramy płucne chorego, leczonego przez niego na jednym z oddziałów wewn. w Warszawie, rentgenogramy wielkiego ropnia zgorzelinowego, wielkości pomarańczy, powstałego ostro w górnym płacie prawego płuca. W przypadku tym, który przedstawiał się zupełnie beznadziejnie, a który klinicznie i rentgenograficznie zakończył się zupełnem wyzdrowieniem, Thursz zastosował 4 zastrzyknięcia 33% alkoholu, dwa po 100 g oraz dwa po 150 g.

Mówiąc o dodatniem działaniu alkoholu na ropne sprawy płucne, musimy sobie zdać sprawę, iż te ostatnie pod względem swej etjologji, obrazu anatomo-klinicznego oraz przebiegu przedstawiają wielką różnorodność. W tej chwili mamy na myśli wyłącznie schorzenia ostre, wywołane zwykłą florą ropną tlenową (pneumokoki, paciorkowce, gronkowce, ziarenkowce nieżytowe *(micrococcus catarrhalis)* i t. p.), a i tych rozróżnić należy dwie kategorje.

W jednej grupie sprawa ropna jest klinicznie poniekąd jawna: chory gorączkuje, oddaje obficie ropną plwocinę (ropotok oskrzelowy — *bronchopyorrhoea)*, rentgenograficznie stwierdzamy w miąższu płucnym jamy z zawartością płynną i, co jeszcze jest bardziej przekonywujące, płynno-gazową; w tym wypadku jama posiada wyraźny poziom płynu, nad którym widoczna jest bańka powietrza. W przypadkach podobnych badanie fizykalne może stwierdzać obecność jam (oddech oskrzelowy amforyczny, dźwięczne rzężenia grubego wymiaru), lub też jama może należeć do rzędu niemych, co zależy od jej rozmiarów oraz większego lub mniejszego oddalenia od powierzchni płuca, ew. klatki piersiowej. Ta grupa pierwsza obejmuje przypadki ropni płuc.

W drugiej grupie istota ropna schorzenia narządu oddechowego jest bardziej ukryta i dyskretna; jedynym jej przejawem zewnętrznym jest obfita ropna plwocina, bowiem fizykalnie i rentgenograficznie stwierdzamy tylko objawy zrazikowego zapalenia płuc. W rzeczy samej jednak jest to *bronchopneumonia abscedens miliaris*, bowiem na stole sekcyjnym w tych przypadkach stwierdzamy na przekroju płuc liczne plamki i grudki wielkości ziarnka prosa lub soczewicy, o zabarwieniu żółtawem; przy ucisku na miąższ płucny z tych plamek i grudek występują liczne czopy ropne, a badanie histologiczne stwierdza ropne zapalenie oskrzelików nad- i wewnątrzzrazikowych z ropnem przeistoczeniem miąższu zrazików płucnych. Znakomita większość naszych przypadków zrazikowego zapalenia płuc jest pochodzenia grypowego; to, co o nich powiemy, sądzimy, odnosi się również i do innych postaci bronchopneumonji. Jakkolwiek większość przypadków grypy, nawet powikłanej zapaleniem płuc, kończy się pomyślnie przy różnorodnem leczeniu zachowawczem, jednak ostatnie epidemje grypy, a zwłaszcza lata 1918—1921 nauczyły nas, iż niektóre przypadki przebiegają burzliwie i groźnie, ciepłota jest wysoka, duszność i rozległość sprawy zapalnej płucnej, bardzo często obustronnej, są wielkie, ropna plwocina jest obfita, a ustępowanie sprawy chorobowej jest niezwykle oporne. Hemo-seroterapja, emetyna wraz z innemi w tych razach stosowanemi lekami są bezsilne, by bieg schorzenia zatrzymać i odwrócić. Otóż przekonaliśmy się wielokrotnie, iż zastrzykiwania alkoholu w podobnych przypadkach stanowią punkt zwrotny w przebiegu sprawy chorobowej.

Tak się rzecz miała w przypadku K. S., 20-letniego robotnika, który przybył na oddział 28. IV. 1930 w 12 dni od początku choroby z t⁰ do 39⁰, obfitą ropną plwociną w ilości około 200 cm³ na dobę, z leukocytozą we krwi 21000, w czem obojętnochłonnych 91% bez komórek eozynochłonnych, a fizykalnie stwierdzono rozległe stłumienie w dole prawego płuca i na znacznej przestrzeni lewego płuca; na miejscu stłumienia rozrzucony oddech oskrzelowy z licznemi drobno- i średniobańkowemi rzężeniami; badanie rentgenograficzne wykazało obecność licznych bladych plamistych ognisk cieniowych, zlewających się z sobą, umiejscowionych przeważnie w górnej i środkowej części lewego pola płucnego oraz w dolnych częściach prawego pola płucnego. Rozpoznano: *bronchopneumonia gripposa abscedens miliaris.* Przez pierwsze trzy dni pobytu w szpitalu przy zwykłem leczeniu objawowem stan chorego pozostawał ciężki, z liczbą tętna 120 i oddechów prawie 40 na min.; ilość plwociny i objawy fizykalne nie wykazywały żadnej zmiany na lepsze. 1. V. 1930 do poprzedniego leczenia dodano wlewania dożylne 33% alkoholu w ilości każdorazowo 25 cm³; już po 3 wlewaniach ilość ropnej plwociny zmalała dwukrotnie, t⁰ zaczęła powoli opadać. W 9 dni od zastosowania alkoholu chory był w stanie bezgorączkowym, ilość plwociny, która przeistoczyła się w śluzowo-ropną, wynosiła na dobę 20 cm³, leukocytoza zmalała do 11000 (przy ilości obojętnochłonnych 78%), fizykalnie zgniło stłumienie i pozostało tylko trochę drobnobańkowych rzężeń u podstaw obu płuc, a badanie rentgenoskopowe 9. V. wykazało całkowite zniknięcie plam ogniskowych; widoczne było tylko nieznaczne zacienienie prawego kąta przeponowo-sercowego przy kręgosłupie, zależne prawdopodobnie od zgrubienia opłucnej.

Niemniej efektowny był wynik leczenia u 56-letniej chorej Z. Z.

Chora przybyła na oddział 5-ego dnia ciężkiej choroby, z t^0 do 39.6°, małem tętnem 120 na min., ilością oddechów 36 na min.; fizykalnie stwierdzono stłumienie i b. liczne wilgotne rzężenia drobno- i średniobańkowe w dole obu płuc; ilość ropnej plwociny wynosiła około 200 cm^3 na dobę; leukocytoza była 21000, w tem 90% obojętnochłonnych. Rozpoznano obustronne rozległe zapalenie płuc odoskrzelowe, a badanie rentgenograficzne wykazało nadto jednolite zacienienie w obrębie środkowego płata prawego płuca *(bronchopneumonia pseudolobaris)*. Przez pierwsze 4 dni pobytu chorej w szpitalu stan był wciąż ciężki, objawy ogólne i ze strony płuc nie wykazywały żadnej poprawy. 5-go dnia pobytu chorej w szpitalu rozpoczęto wlewania dożylne alkoholu, których dokonano ogółem 6. Po trzytygodniowem leżeniu objawy fizykalne płuc całkowicie się cofnęły i chora wypisała się, jako zdrowa.

W tych dwu, jak i wielu innych przypadkach punktem zwrotnym w przebiegu choroby są wlewania alkoholu. Ani na chwilę nie wolno nam zapomnieć, iż podobne przypadki dają znaczny odsetek samoistnego wyleczenia; ale u naszych chorych wstrzykiwania alkoholu rozpoczynaliśmy w stanie ogólnym i płuc b. ciężkim, a zwrot w chorobie na lepsze, chronologicznie był zawsze ściśle związany z zastosowaniem tej metody leczniczej tak, iż naprawdę trudno jest oprzeć się wnioskowi, iż *post hoc* u tych chorych było jednoczesnem *propter hoc*.

W odoskrzelowem grypowem zapaleniu płuc drobne „prosówkowe" ogniska ropne zazwyczaj nie odznaczają się wielką skłonnością do zlewania się. W doniesieniu I-em natomiast opisaliśmy przypadek rozległego zrazikowego ropnego zapalenia lewego płuca, pochodzenia zatorowego po sztucznem poronieniu; rentgenograficznie oprócz rozlanego zacienienia lewego pola płucnego stwierdzono obecność jamy wielkości orzecha włoskiego na wysokości 3-go żebra; w przypadku tym wszystkie metody leczenia zachowawczego łącznie z emetyną całkowicie zawiodły. Od chwili zastosowania wlewań alkoholu zupełnie beznadziejny stan chorej zaczął się poprawiać, po 7-u zastrzyknięciach chora, która gorączkowała prawie miesiąc, straciła gorączkę, objawy fizykalne powoli zmalały i w 4 tygodnie od chwili pierwszego zastrzyknięcia chora wypisała się prawie bez objawów fizykalnych, rentgenograficznie zaś stwierdzić się dawało tylko gorsze przeświecanie w dole lewego płuca oraz nieznaczny zrost opłucnowo-osierdziowy lewostronny.

Obecnie przytoczymy przypadek ciężkiego odoskrzelowego zapalenia płuc ropnego, którego przebieg został powikłany wytworzeniem się sporego ropnia zarówno w miąższu płucnym, jak i w opłucnej.

10. IV. 1931 przybył na oddział 55-letni rolnik w stanie najwyższego wyniszczenia. Z wywiadów wynika, iż choroba trwa dwa miesiące, chory cały czas gorączkuje do 39° i wyżej z dreszczami i obfitemi potami. Osłabienie jest znaczne, chory nie jest w stanie nietylko usiąść, ale nawet o własnych siłach przewrócić się na łóżku z boku na bok; na stopach stwierdzić się dają obrzęki. Chory skarży się na bóle w prawym boku, kaszle i pluje; dobowa ilość ropnej plwociny wynosi około 400—500 cm^3. Plwocina nie dzieli się na warstwy, zawiera nieliczne włókna sprężyste w postaci siatek pęcherzyków płucnych; bakterjoskopowo stwierdzono obfitą florę ropną z przewagą paciorkowców. Liczba tętna 100—120, oddechów 30—33 na min. Fizykalnie w płucu prawem stwierdzono tępość od kąta prawej łopatki i od l. poprzecznej sutkowej; na miejscu tępości prawidłowych szmerów oddechowych brak, słychać tylko przy wdechu drobno- i średniobańkowe rzężenia. Na skrzyżowaniu poprzecznej sutkowej z przednią i środkową l. pachową słychać na ograniczonej przestrzeni oddech oskrzelowy amforyczny oraz dźwięczne średnio- i grubobańkowe rzężenia. Ilość leukocytów 12300, w tem obojętnochłonnych segmentowanych 48%, pałeczkowatych 14%, eozynochłonnych brak. Badanie rentgenograficzne wykazało rozlane jednolite zacienienie prawego pola płucnego o charakterze pneumonicznym; na tle tego zacienienia widoczna jest na wysokości 3-go żebra jama wielkości jaja kurzego, zawierająca poziom płynu oraz powietrze; jama ta położona jest bardziej od przodu i odpowiada niewątpliwie objawom jamistym, stwierdzanym fizykalnie na skrzyżowaniu l. poprzecznej sutkowej i pachowej, i położona jest prawdopodobnie w górnej części płata środkowego. Niżej jest widoczny duży poziom płynu z pęcherzem powietrznym nad nim; pierwszy rentgenogram nasuwał wątpliwości co do tego, czy dolny poziom płynu dotyczy jamy opłucnej, czy też również miąższu płucnego. Drugi zkolei rentgenogram wraz z rentgenoskopją w skosach przemawiały za opłucnowem umiejscowieniem dolnego skupienia ropnego, oddzielonego od żeber mocno zgrubiałą opłucną. Nakłuciem opłucnej w 10-ej przestrzeni na l. łopatkowej (celem trafienia w dolne zbiorowisko ropne) wydobyto $^1/_2$ cm^3 ropy; później na l. środkowej pachowej w 5-ej przestrzeni — nic nie wydobyto, w 6-ej przestrzeni — 3 cm^3 ropy. Stan chorego był rozpaczliwy i nie pozwalał myśleć o żadnym zabiegu chirurgicznym, bowiem chory nie posiadał żadnych po temu szans. Choremu zalecono leczenie zachowawcze ze środkami sercowemi oraz wlewania dożylne 33% alkoholu po 25 cm^3. Pierwsze zastrzyknięcie alkoholu wywołało wstrząs z dreszczami; odczyny po następnych wlewaniach były znacznie słabsze. Już po pierwszych czterech wlewaniach alkoholu (14. IV. do 17. IV. 1931) stan ogólny zaczął się poprawiać, chory był raźniejszy, przewracał się o własnych siłach na łóżku, skoki wieczorne t^0 dochodziły tylko do 38.7°, tętno zwolniło się do 92—96, oddech poniżej 30 na min. 18. IV. chory oprócz dożylnego zwykłego wlewania alkoholu otrzymał zastrzyknięcie dopośladkowe 20 cm^3 świeżej krwi ludzkiej (od członka rodziny), a 19. IV. — 29. IV. otrzymywał naprzemian zastrzyknięcie dożylne alkoholu lub dopośladkowe krwi. Stan chorego poprawiał się tak, iż po 14-dniowym pobycie w szpitalu zaczął on chodzić po sali, ilość ropnej plwociny z 400—500 cm^3 na dobę zmalała do 150—200, włókna sprężyste z niej zniknęły. Również zniknęły wysłuchowe objawy jamiste na linji pachowej, stłumienie zaś i rzężenia wilgotne od kąta łopatki i poniżej l. poprzecznej sutkowej utrzymywały się. Badanie rentgenograficzne, dokonane w tydzień po pierwszem, wykazało, iż jama ropna w środkowym płacie prawego płuca, widoczna na rentgenogramie w 3-im międzyżebrzu, znacznie zmalała, drugi zaś dolny poziom płynu leży wyraźnie od tyłu, ilość powietrza nad nim również zmalała. 30. IV. dokonano jednocześnie wlewania alkoholu i wstrzyknięcia dopośladkowego krwi; t^0 37.2—38°, tętno 92, oddechów 27 na min. Trzeci rentgenogram 1. V. wykazał, iż jama miąższowa płucna (górny poziom płynu) zniknęła zupełnie; dolny poziom płynu również zmalał, daje zacienienie w dolnozewnętrznej części pola płucnego i znajduje się w opłucnej; ilość powietrza nad płynem jest b. nieznaczna. 3. V. — 8. V. chory znów dostawał naprzemian wstrzykiwania krwi dopośladkowe i wlewania dożylne alkoholu, przerwane na 2 dni skutkiem bólów żylnych. T^0 do 12. V. dochodziła wieczorami najwyżej do 37.8°, ilość plwociny zmalała do 100—150 cm^3, stan ogólny chorego był bardzo dobry tak, że domagał się on powrotu do domu. Czwarty seryjny rentgenogram (13. V.) wykazał, iż zacienienie w dolnozewnętrznej części prawego pola płucnego jest większe, zależnie od tworzenia się zrostów opłucnowych, poziom płynu ustawił się nieco wyżej, bania gazowa nad nim jest mniejsza. Do 23. V., a więc w ciągu sześciotygodniowego pobytu w szpitalu chory otrzymał ogółem 22 wlewań alkoholu (33% po 25 cm^3) oraz 15 wstrzyknięć dopośladkowych krwi (po 20 cm^3). Ogólny stan chorego był wyśmienity, t^0 wieczorna dochodziła do 37.7°, ilość plwociny zmalała prawie dziesięciokrotnie do 40—50 cm^3; fizykalnie tępość od przodu prawego płuca zginęła i słychać było szorstki oddech pęcherzykowy, od tyłu zaś stłumienie utrzymywało się od kąta łopatki wraz ze zniesieniem oddechu i słyszalnemi drobno- i średniobańkowemi rzężeniami. Wobec stale postępującej poprawy stanu ogólnego i objawów fizykalnych, czemu towarzyszyło zniknięcie zupełne górnego ropnia miąższowego i skupienie się płynu opłucnowego w dolnozewnętrznym odcinku płuca, z zabiegiem chirurgicznym nie spieszyliśmy się, wyczekując właściwego dlań momentu. 19. V. piąte seryjne zdjęcie rentgenograficzne wykazało, co następuje: pole płucne prawe jest jeszcze w porównaniu z lewem nieco przycienione, w dolnozewnętrznej części prawego płuca jednolite zacienienie, które w prześwietleniach skośnych leży od tyłu, tuż przy ścianie klatki piersiowej i jest ostro ograniczone od przodu linją skośną, nieco wypukłą do wewnątrz. Ta wypukłość granicy przemawia za tem, że mamy do czynienia nietylko ze zrostami, ale i z płynem w opłucnej; powietrze nad płynem zniknęło (resorbcja). Z uwagi na wynik powyższy dokonano nakłucia na tylnej linji pachowej; w IX-em międzyżebrzu nic nie wydobyto, w VIII-em zaś wydobyto 120 cm^3 gęstej ropy, podbarwionej krwią. Chory został przepisany na oddział chirurgiczny; po pleurotomji z resekcją żebra wypisał się w świetnym stanie ogólnym do domu, z nieznaczną jeszcze przetoką opłucnową.

Przypadek opisany jest piękną ilustracją wyśmienitego działania wstrzykiwań dożylnych alkoholu, a zarazem zastrzeżeń operacyjnych w przypadkach ropni płuc, zastrzeżeń, ściśle sformułowanych przez Sergent'a i jego współpracowników. Zdaniem tego autora wszelkie ograniczone ropnie płucne, czyto zwykłe, czy też zgorzelinowe, które w ciągu 4 lub 6 tygodni nie ulegną samoistnemu wyleczeniu, a to ostatnie zdarza się mniej więcej w 25%, są wskazaniem do zabiegu chirurgicznego, pneumotomji lub pneumektomji, pod warunkiem, iż zabieg ten nie pociąga za sobą zbyt wielkiego ryzyka dla życia chorego. U naszego chorego ropne odoskrzelowe zapalenie płuc zostało powikłane wytworzeniem się sporego ropnia miąższowego płucnego oraz ograniczonym ropniakiem opłucnej (z pęcherzem powietrza nad pozio-

nem płynu). Chory po dwumiesięcznem bezskutecznem leczeniu w domu został dostarczony na oddział w stanie prawie umierającym. W podobnych warunkach wszelki zabieg operacyjny zgóry był skazany na niepowodzenie, zwłaszcza że mieliśmy do czynienia z dwoma różnemi skupieniami ropnemi. *Volens nolens* musieliśmy w naszym przypadku wybrać na początku drogę leczenia zachowawczego, a w osiągniętym wyniku leczniczym należy lwią część zasługi przypisać wlewaniom dożylnym alkoholu. Ta metoda lecznicza uczyniła przedewszystkiem, iż chory, który po przybyciu do szpitala nie był w stanie przewrócić się na łóżku, po dwu tygodniach spacerował po sali, a następnie dzięki alkoholowi sprawa płucna, która przy dwumiesięcznem bezowocnem leczeniu w domu pogarszała się z dnia na dzień, nagle odwróciła swój bieg złośliwy; rozlany naciek pneumoniczny (rozlane zacienienie) został zlikwidowany, duży ropień w opłucnie środkowym samoistnie się zagoił, a skupienie ropne w opłucnej prawej zostało umiejscowione i łatwo opanowane po niezłożonym zabiegu operacyjnym, którego dokonano we właściwie obranym momencie.

Stąd wynika, iż zrazikowe zapalenie płuc natury grypowej i innej, które niemal z reguły przebiega z ropieniem „prosówkowem" narządu oddechowego, stanowi główną dziedzinę dożylnego stosowania alkoholu, który tutaj, w pozornie beznadziejnych stanach, z gruntu zmienia złośliwy bieg choroby i szybko ją likwiduje. O większych ropniach płucnych wiadomo, iż 25% ich ulega samoistnemu wyleczeniu; pozostałe 75% powinny, zdaniem S e r g e n t'a i jego szkoły, być kierowane w ręce chirurga, jeżeli sprawa ropna trwa dłużej, niż 6 tygodni i o ile niema przeciwko temu specjalnych przeciwwskazań. Tutaj musimy sobie zadać pytanie, jakież powinno być leczenie zachowawcze tych chorych w okresie tego 6-o tygodniowego wyczekiwania? Czy powinno ono być całkiem bierne? Stanowczo nie, gdyż mamy do rozporządzenia środki, które, zdaniem naszem, ten odsetek 25% niewątpliwie potrafią znakomicie zwiększyć, a tem samem zaoszczędzić chorym wielkie ryzyko pneumotomji, a zwłaszcza wycięcia płuc. Środkiem zachowawczym, cieszącym się wielką popularnością w ropniach płuc, jest emetyna. Wstrzykiwania jej działają swoiście w ropniach płuc pełzakowych, ale emetyna posiada nieraz również działanie nieswoiste i prowadzi do zagojenia się ropni niepełzakowych, jak o tem np. świadczy przypadek M. L a b b é.

Do środków leczenia zachowawczego zaliczylibyśmy również odmę sztuczną, która powinna znaleźć zastosowanie w ropniach umiejscowionych bardziej centralnie, ale zastosować się daje jedynie u chorych, którzy nie zostali przez chorobę wyniszczeni do ostatka i u których odma technicznie założyć się daje. Żadnych przeciwwskazań, zdaniem naszem, nie znajdują wlewania alkoholu, których działanie jest naprawdę niemniej efektowne od emetyny, a stosowane na szerszą skalę w ropniach płuc, pochodzenia niepełzakowego, dadzą niewątpliwie większy odsetek wyzdrowienia, aniżeli emetyna i podniosą odsetek samoistnego wyleczenia znacznie powyżej 25%. Chcemy tutaj z całym naciskiem podkreślić, iż alkohol bynajmniej nie jest tem *panaceum*, które czyni całkiem zbędnemi zabiegi chirurgiczne w przypadkach ropni płuc. W pewnym odsetku przypadków wielkie usługi oddaje odma sztuczna ew. wraz z wyrwaniem nerwu przeponowego, a w okresie wyczekiwania momentu dla pneumotomji lub pneumektomji wlewania alkoholu powinny znaleźć bezwzględne zastosowanie, bowiem są one niewinne, a liczba niezbędnych operacyj tą drogą ulegnie niewątpliwie zmniejszeniu.

Do tej pory mówiliśmy o ostrych ropnych sprawach płucnych; parę słów dodamy tylko o stosowaniu alkoholu w okresach obostrzenia schorzeń przewlekłych. Wchodzą tu w grę niemal wyłącznie obostrzenia związane z rozstrzeniami oskrzeli. Duże rozstrzenie bańkowate i workowate zazwyczaj idą w parze ze schorzeniami zgorzelinowemi i gnilnemi, o czem zaraz mówić będziemy. Ropnie płuc z zawartością płynną lub płynno-gazową, powstałe ostro w zależności od poprzednio istniejących rozstrzeni oskrzelowych, powinny być traktowane tak samo, jak ropnie innego pochodzenia, o czem dopiero była mowa. Nierzadkie są, oprócz tego, przypadki nasilonego ropotoku oskrzelowego *(bronchopyorrhoea)* u ludzi kaszlących stale lub długiemi okresami; fizykalnie stwierdzamy u tych chorych objawy rozległego nieżytu drobnych oskrzelików *(bronchiolitis diffusa)* w postaci licznych drobnych wilgotnych rzężeń w dolnych tylnych odcinkach jednego lub obu płuc. W górnych odcinkach płuc w tych przypadkach stwierdzić można obfite świsty, zależne od stanu skurczowego oskrzeli, który częstokroć powoduje napady prawdziwej dychawicy oskrzelowej. U osobników starszych podobne schorzenie oskrzelików i oskrzeli stale idzie w parze z rozedmą płuc. Wprowadzenie w ostatnich latach bronchografji lipjodolowej do kliniki wykazało, iż podłożem anatomicznem nieustępującego rozlanego nieżytu drobnych oskrzelików są rozstrzenie oskrzelikowe cylindryczne i różańcowate. W okresie obostrzeń nieżytu oskrzelikowego wzniesienia ciepłoty mogą być niewielkie, nie przekraczają one 38°, ale zato nieraz t° 37° z kreskami utrzymuje się uporczywie w przeciągu długich tygodni. W czasie tych nasileń wydajność ropnej plwociny jest b. znaczna, dochodząc do 200—300 cm³ na dobę, a nawet znacznie więcej; zawiera ona pod mikroskopem wielopostaciową florę ropną oraz same leukocyty wielojądrowe obojętnochłonne. Przypadki podobne w znacznym odsetku poprawiają się pod wpływem zwykłego leczenia, składającego się ze środków wykrztuśnych, przeciwkaszlowych i balsamicznych, do czego w razie potrzeby dodajemy klimatoterapję. W szpitalu wcale do rzadkości nie należą przypadki obostrzonego nieżytu drobnych oskrzelików wraz z ich rozstrzeniami cylindrycznemi w dolnych tylnych odcinkach płuc, w których objawy nieżytowe, uporczywy kaszel, b. obfity ropotok oskrzelowy oraz stany skurczowe oskrzeli odznaczają się niezwykłą opornością wobec wszystkich leków. U tych chorych wielokrotnie mogliśmy zapomocą 7—10 wstrzyknięć dożylnych alkoholu likwidować obostrzenia oskrzelikowe, t° opadała poniżej 37°, malały albo całkowicie mijały kaszel ze stanami skurczowemi oskrzeli, a ilość ropnej plwociny z $^1/_2$—1 l na dobę szybko spadała do kilku kłaczków na dnie spluwaczki.

Z uwagi na szczupłość miejsca nie podajemy szczegółowych historyj chorób, a więcej o nich powiedzieć się nie da. Parę słów dodamy jeszcze o schorzeniach płucnych zgorzelinowych i gnilnych, o florze beztlenowej. Tutaj działanie alkoholu jest niestałe, niepewne, a bardzo często żadne. Wprawdzie w pierwszem naszem doniesieniu podaliśmy opis przypadku ostrego zgorzelinowego zapalenia lewego płuca, powikłanego wytworzeniem się jam miąższowych u osobnika 20-letniego, u którego wlewania alkoholu, zastosowane na początku 3-ego tygodnia choroby dały niezwykle dodatni skutek leczniczy, a ostatnio znów spostrzegaliśmy na oddziale przypadek dodatniego pomocniczego działania alkoholu u chorej ze zgorzelinowem górnopłatowem zapaleniem płuc, powikłanem wytworzeniem się jamy zgorzelinowej.

Chora K., lat 25, dawniej zawsze zdrowa, zachorowała przed 3 tygodniami; wystąpił ból w prawym boku, t° dochodziła do 39°, chora zaczęła kaszlać i pluć; po tygodniu oddech i plwocina przybrały charakter cuchnący, dobowa ilość plwociny wynosiła około 50 cm³. Badanie fizykalne wykazało tylko zaostrzony oddech w górnym płacie prawego płuca ze świstami, rentgenogram wykazał rozległy naciek zapalny podobojczykowy w prawem płucu, a w środku nacieku znajdowała się jama wielkości jaja kurzego z wyraźnym poziomem płynu, a więc z zawartością płynną i gazową. Po dwu wstrzyknięciach neosalwarsanu stan chorej nie zmieniał się. Z uwagi na sprawę zapalną zgorzelinową ostrą i górnopłatową, która dawała nikłe objawy fizykalne, co pozwalało mniemać, iż jama zgorzelinowa umiejscowiła się dalej od obwodu, po tygodniowym pobycie chorej założono odmę sztuczną, uzupełnioną później siedmiokrotnie. Odma sztuczna ucisnęła dolny płat, górny zaś tylko od strony śródpiersia, w innych okolicach górny płat przyklejony był do klatki piersiowej. Po założeniu odmy ciepłota spadła do normy, a po 2 tygodniach leczenia odmowego oddech i plwocina straciły zapach gnilny, plwociny śluzoropnej było parę kłaczków na dnie spluwaczki na dobę. Pomimo wielkiej poprawy jama nie zginęła całkowicie skutkiem rozległych zrostów górnego płata i przy kontrolnych, częstych radjoskopjach raz była ona dobrze widoczna, innym razem była niewyraźna. Przy podtrzymywaniu odmy sztucznej chorej zalecono wlewania alkoholu (20 cm³ 20% roztworu); po 5 zastrzyknięciach jama zginęła, chora przestała kaszlać i pluć, na wadze przybyło 5 kilo. Schorzenie zgorzelinowe należało uważać za zlikwidowane.

Natomiast w wielu innych przypadkach zgorzeli płucnej wynik leczniczy był żaden, lub prawie żaden. W ropotoku gnilnym *(bronchopyorrhoea foetida)*, zależnym od rozległych bańkowatych lub workowatych rozstrzeni oskrzeli *(bronchectasiae ampullares s. sacciformes)*, wpływ alkoholu na ilość, jakość oraz woń plwociny jest niestały i niepewny, jakkolwiek nieraz widoczny.

W płatowem zapaleniu płuc leczenia alkoholem systematycznie do tej pory nie prowadziliśmy; postanowiliśmy jednak zrobić to w najbliższej przyszłości. W polskiem piśmiennictwie S z a j n a, opierając się na naszej pierwszej publikacji, stosował wlewania dożylne alkoholu w 23 przypadkach płatowego zapalenia płuc. Donosi on o wyśmienitych wynikach leczniczych, które były tem efektowniejsze, im wcześniej w przebiegu choroby stosowano alkohol. Ostatnio spostrzegaliśmy na oddziale przypadek płatowego zapalenia płuc, w którym chora przybyła na oddział po tygodniowej gorączce do 39.7° w dzień spadku ciepłoty, z b. obfitym wypryskiem na twarzy, z naciekiem rentgenologicznym wielkości pomarańczy w dolnym płacie lewego płuca; w miejscu nacieku

stwierdzono fizykalnie stłumienie, oddech oskrzelowy i ślad tarcia opłucnowego. W przebiegu pierwszych 7 dni pobytu w szpitalu stan był bezgorączkowy, objawy fizykalne raczej narastały, rentgenologicznie naciek zapalny w lewem płucu nie wykazywał żadnej skłonności do cofania się. W przebiegu czterech następnych dni chorej zalecono codzienne wstrzykiwania alkoholu (po 20 cm³ 20% rozczynu); fizykalnie otrzymaliśmy *restitutio ad integrum*, rentgenologicznie naciek zmalał do minimalnych śladów.

Wnioski: Zrazikowe zapalenie płuc odznacza się niejednokrotnie przebiegiem burzliwym, nieraz wprost tragicznym; dotyczy to zwłaszcza przypadków złośliwej grypy. Niemniej groźne są ostre ropnie płuc. W obu tych schorzeniach wcześnie zastosowane leczenie zapomocą wlewań dożylnych alkoholu święcić może wielkie triumfy. Jeżeli ropnie płuc dostawać się winny, zdaniem Sergent'a i jego szkoły, w ręce chirurga dopiero po sześciotygodniowem trwaniu, to na podstawie naszych spostrzeżeń powiedzieć musimy, iż te sześć tygodni powinny być wykorzystane dla leczenia alkoholowego. Tą drogą odsetek koniecznych zabiegów chirurgicznych się zmniejszy, a odsetek wyleczenia zachowawczego znacznie się wzmoże ponad 25%. Jeżeli emetyna jest środkiem swoistym w leczeniu ropni płuc pochodzenia pełzakowego i jeżeli działa ona drogą nieswoistą również w pewnym odsetku ropni niepełzakowych, to zdaniem naszem, skuteczność alkoholu we wszystkich ropnych sprawach płucnych ze zwykłą florą tlenową w znacznym stopniu przewyższa działanie emetyny. Leczenie alkoholowe w tych przypadkach powinno być metodą wyboru.

Co się tyczy mechanizmu działania alkoholu, to przypuszczamy, iż dzięki pneumo-, ew. bakterjotropji alkoholu, który z ominięciem wątroby dostaje się bezpośrednio do chorego narządu, rozlana sprawa zapalna płucna łagodnieje i ustępuje; jednocześnie skutkiem zmniejszonego obrzmienia zapalnego błony śluzowej oskrzeli opróżnianie się ognisk ropnych *per vias naturales* zostaje ułatwione. Jest to t. zw. *„drainage"* bezkrwawy ropni większych i mniejszych w odróżnieniu od krwawego drenażu chirurgicznego. Jamki i jamy ropne, których ściany nie zdążyły ulec stwardnieniu łącznotkankowemu, zapadają się, pozostawiając po sobie większe lub mniejsze resztki chorobowe. *Restitutio ad integrum* w tych przypadkach może być prawie całkowite; przy większych jamach, rzecz prosta, stwierdzić się daje, jako pozostałość, t. zw. *pneumofibrosis* mniejszych lub większych rozmiarów.

Piśmiennictwo:

H. Roger: Presse Méd. Nr. 5, 1929. — H. Roger, L. Binet et J. Verne: Presse Méd. Nr. 18, 1929 — M. Labbé: Presse Méd. Nr. 59, 1930. — E. Sergent, A. Baumgartner, R. Kourilsky: Presse Méd. Nr. 80, 1931. — E. Bernard, Patourel, Decourt et Louvet: Bullet. et memoires de la Soc. Médic. des Hôp. de Paris. Nr. 15, 1931. — M. Jackelin: Bullet. et memoires de la Soc. Médic. des Hôp. de Paris. Nr. 17, 1931. — Mouzeffer Chavki: Bullet. et memoires de la Soc. Médic. des Hôp. de Paris. Nr. 29, 1931. — L. Bernard et Pellissier: Bullet. et memoires de la Soc. Médic. des Hôp. de Paris. Nr. 31, 1931. — A. Landau, S. Liljenfeld-Krzewski i B. Jochweds: Warsz. Czas. Lek. Nr. 37, 1929. — A. Landau, M. Fejgin i J. Bauer: Polska Gaz. Lek. Nr. 11, 1931. — A. Landau, M. Fejgin et J. Bauer: Presse Méd. Nr. 29, 1931. — M. Fejgin: Warsz. Czas. Lek. Nr. 24, 1931. — M. Fejgin: Presse Méd. Nr. 104, 1931. — M. Szajna: Polska Gaz. Lek. Nr. 38, 1931.

Dr. Eugenjusz TURYNA, Asyst. kliniki. Kraków.

Objaw śródbłonkowy w przypadkach czynnościowych zaburzeń jajnika i jego praktyczne znaczenie [1]).

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Zubrzycki.

Postępy spostrzegane niemal codziennie w dziedzinie klinicznych i doświadczalnych badań ostatnich lat, poświęcone hormonom płciowym żeńskim, zawdzięczamy między innemi biologicznym sposobom badań, podanym przez Evans'a, Papanicolau'a, Allena i Doisy'ego, Zondeka, Aschheima, Laqueur'a i innych, które umożliwiają nam wykazanie w ustroju obecności czynnego hormonu pęcherzykowego (rujowego), względnie oznaczenie siły jego działania.

Czynny hormon pęcherzykowy, który możemy uzyskać z jajnika, łożyska lub moczu kobiet ciężarnych, wywołuje objawy rui u młodych, niedorozwiniętych lub wytrzebionych samiczek gryzoniów.

Objawy tej rui uwidoczniają się w pochwie, przemianą nieczynnej jej błony śluzowej, na stan swoisty dla okresu rui, cechujący się złuszczaniem komórek nabłonkowych i obecnością ciałek białych. Najmniejszą ilość hormonu pęcherzykowego, wywołującą tę przemianę śluzówki pochwy u myszy, określono jako jednostkę mysią (j. m.) i tę ilość hormonu uznano za jednostkę podstawową, którą zastosowano w celu mierzenia stężenia rozczynów hormonu pęcherzykowego, sporządzanych w celach leczniczych i doświadczalnych.

Te jednak, jak z powyższego widać, wykształcone już dzisiaj sposoby badań, użyte dla ilościowego określenia zawartości hormonu pęcherzykowego są stosunkowo uciążliwe i dlatego zastosowanie ich praktyczne w celu rozpoznania, czy mamy do czynienia u danej kobiety wogóle i z jakim rodzajem niedomogi jajnikowej, jest utrudnione. W braku zaś innych metod łatwiejszych byliśmy zmuszeni częstokroć dotychczas w większości przypadków potwierdzać dopiero wynikiem leczniczym rozpoznanie, oparte uprzednio tylko na podmiotowych cierpieniach chorej, a w samem zaś leczeniu przypadków, nie mając miary działania danego leku, nie mogliśmy przewidzieć jego skuteczności. Temu też przypisać należy, że myśl badaczy oddawna była zaprzątnięta koniecznością znalezienia prostego sposobu, pozwalającego na rozpoznanie hormonalnych zaburzeń, a zarazem sposobu umożliwiającego nam ocenę postępów leczniczych.

Już w r. 1920 Stephan i Schrader w czasie swych prac nad zachowaniem się objawu śródbłonkowego, występującego w chorobach zakaźnych i w zatruciach zauważyli, że i w przypadkach z zaburzeniami gruczołów dokrewnych pojawia się tak zwany dodatni objaw śródbłonkowy. W tych wypadkach mianowicie badacze ci stwierdzili pojawienie się drobnych wybroczynek w ścianie naczyń włosowatych skórnych, poniżej ucisku, wywartego na kończynę. Zjawisko to określili mianem próby zastoinowej, a odnosili do uszkodzeń anatomicznych czy też zaburzeń czynnościowych w komórkach śródbłonka, powstałych pod wpływem różnych czynników. Późniejsze badania Schrödera, Vogta i innych wykazały, że szczególnie niedomoga, względnie zupełne wypadnięcie czynności jajników, wywierają wybitniejszy wpływ na zachowanie się pod pewnym względem śródbłonka naczyń.

Fakt ten wpływu zaburzeń wewnętrzno-wydzielniczych gruczołów płciowych na całość, względnie fizjologiczną sprawność komórek śródbłonka, stał się punktem wyjścia i naszych badań, których celem było wykazanie, o ile objaw śródbłonkowy może być probierzem prawidłowej lub nieprawidłowej czynności jajników.

Powstawanie drobnych wybroczynek w ścianie naczyń włoskowatych skórnych, po zastosowaniu próby zastoinowej, powodowane jest uszkodzeniem i stąd zmienioną szczelnością śródbłonka naczyniowego. Dawniej przypuszczano (Frank), że ta szczelność, względnie zwiększona przepuszczalność ściany naczyniowej zależy od zmniejszonej ilości płytek krwi. Zaprzeczyły temu wyniki doświadczeń Stephana, Käkella, Bayera i Seitza jak również i nasze, przeprowadzone w przypadkach zaburzeń w jajeczkowaniu, w których objaw śródbłonkowy występował prawie zawsze dodatnio, a krew nie wykazywała wybitniejszych zmian ilościowych czy też jakościowych w odniesieniu do płytek Bizzozera, tak samo przypuszczano, że czynniki termiczne i mechaniczne (Ricker i Walterhöfer) odgrywają dużą rolę w występowaniu punkcikowatych wybroczynek w ścianie naczyń włosowatych. Późniejsze badania wykazały, że niewątpliwie mogą one mieć pewien wpływ na powstawanie omawianego zjawiska, lecz tylko przy istnieniu warunków wywierających zasadnicze działanie; same jako takie nie są zaś w stanie znieść lub wywołać zwiększonej przepuszczalności śródbłonka.

Wedle dzisiejszego stanu nauki przyjąć musimy, że objaw śródbłonkowy powstawać może z rozmaitych przyczyn, które w zasadzie za Stephanem podzielić możemy na trzy grupy.

Pierwsza z nich obejmuje czynniki mogące wywoływać bezpośrednie uszkodzenie anatomiczne komórek śródbłonka przez ciała trujące różnego rodzaju, a więc naprzykład bakterjotoksyny, autotoksyny, środki chemiczne i t. d., które uszkadzając komórki, powodują zwiększenie przepuszczalności ściany naczyń dla elementów morfotycznych krwi.

---

[1]) Wykład wygłoszony na IV. Zjeździe Ginekologów Polskich w Krakowie.

Druga obejmuje czynniki działające szkodliwie na komórkę pośrednio drogą nerwową.

Trzecia grupa, dzisiaj nas zajmująca, obejmuje czynniki hormonalnej natury, wywierające pośrednio szkodliwy wpływ na komórkę śródbłonka naczyń. Mechanizm zadziałania czynników tej grupy nie jest jeszcze w zupełności wyjaśniony. Zdaniem Schradera mamy tu do czynienia nie jak w grupie pierwszej z anatomicznem uszkodzeniem komórki, lecz raczej z zaburzeniem jej fizjologicznej czynności. Twierdzenie to stara się Schrader udowodnić tem spostrzeżeniem, że po ustąpieniu czynników natury wewnętrzno-wydzielniczej, wywołujących to zaburzenie, znika również objaw śródbłonkowy, a więc nie jest on stałym w przeciwieństwie do przypadków z grupy pierwszej, w których po ustąpieniu działających czynników objaw naczyniowy nie znika zaraz, co jest spowodowane tem, że zmiany powstałe w komórkach są długotrwałe lub nawet nieodwracalne. Spostrzeżenie to mieliśmy i my sposobność potwierdzić w naszych doświadczeniach.

Biorąc pod uwagę wyniki powyższych badań przeprowadziliśmy cały szereg doświadczeń, których celem było stwierdzenie, czy czynniki zaliczone do grupy trzeciej, a więc wydzieliny gruczołów dokrewnych w szczególności jajników w wypadkach tych, w których ich równowaga fizjologiczna pod względem wydzielniczym ulegnie zachwianiu, wywierają wpływ na szczelność naczyń włosowatych. Zachęcało nas zaś do zajęcia się tą sprawą to, że kilka spostrzeżeń klinicznych przemawiało za zależnością tych dwóch spraw od siebie, mam tu na myśli zmiany występujące w naczyniach w okresie przekwitania będące następstwem wypadnięcia czynności fizjologicznej jajników, oraz samoistne cofanie się objawów skazy krwotocznej, spostrzeganej przed okresem pokwitania (Morawitz) z chwilą wystąpienia pierwszej miesiączki, a więc w momencie osiągnięcia fizjologicznej granicy zawartości hormonów w ustroju.

Odnośnie do technicznej strony naszych badań nadmieniam, że w badaniu odporności ściany naczyniowej zapomocą próby zastoinowej posługiwaliśmy się sposobem podanym przez Stephana odpowiednio do naszych warunków przystosowanym, używając do tego celu aparatu do oznaczania ciśnienia krwi Riva-Rocci'ego. Po założeniu rękawa gumowego na dwa do trzech palców na ramię, powyżej zgięcia łokciowego, w ułożeniu ręki poziomem, oznaczaliśmy możliwie szybko ciśnienie krwi skurczowe i rozkurczowe, poczem przez pięć minut pozostawialiśmy rękawek pod ciśnieniem dwudziestu mm rtęci powyżej ciśnienia rozkurczowego. Ważnym sprawdzianem dobrze przeprowadzonej próby zastoinowej naczyń jest już w pierwszych minutach występujące uczucie ciężkości w badanej kończynie, cierpnięcie i mrowienie w palcach, przy końcu zaś badania brak tętna w tętnicy sprychowej. Objawy te zależą od dokładności oznaczonego ciśnienia i następowego ucisku, który nie powinien przekraczać 20 mm Hg ciśnienia rozkurczowego. Po zdjęciu rękawka odczytywaliśmy wynik, obliczając ilość punkcikowatych wybroczynek powstałych w ścianie naczyń włosowatych skórnych, najlepiej widocznych w zgięciu łokciowem, przedramieniu i grzbiecie ręki. Spostrzegane czasem drobne wybroczynki w miejscu ucisku rękawka nie mają większego znaczenia dla odczytania wyniku próby i dlatego też nie były brane zupełnie w rachubę. Nadmienię, że dla dokładności ustaliliśmy w badaniach pewne stopnie dodatniego objawu śródbłonkowego zależnie od ilości wybroczynek. Obecność ilości pięciu do dziesięciu wybroczynek określaliśmy jako wątpliwy wynik badania (+—), obecność dwudziestupięciu jako dodatni (+), a ponad dwadzieściapięć jako silnie dodatni (++). Czas pojawienia się dodatniego objawu śródbłonkowego jest różny. Za wynik ujemny badania w naszych doświadczeniach uważaliśmy brak krwawych punkcików w czasie do pięciu minut po zdjęciu rękawka. Wogóle obok czasu wystąpienia, tylko ilość i umiejscowienie wybroczynek dla oceny wyniku objawu są charakterystyczne. Nasilenie ma drugorzędne znaczenie. Niektórzy autorowie wspominają, iż stopień odczynu idzie w parze z sinicą przedramienia, występującą w czasie ucisku. Nasze spostrzeżenia jednak nie potwierdzają tego. W większości naprzykład badanych kobiet ciężarnych, u których sinica przedramienia była znaczniejszą, objaw śródbłonkowy pomimo to występował ujemnie. Tak samo nie stwierdziliśmy w czasie naszych badań opisywanego przez de Silva obrzęku przedramienia przy dodatnim objawie śródbłonkowym.

Badania nasze obejmują 160 przypadków w tem 15 kobiet zupełnie zdrowych, 40 ciężarnych w pierwszej i drugiej połowie ciąży, 8 po operacyjnem usunięciu jajników, 12 po wytrzebieniu promieniami Roentgena, 20 w okresie przekwitania, 10 z dolegliwościami po okresie przekwitania, i 55 z czynnościowemi zaburzeniami jajników.

Badając objaw śródbłonkowy u kobiet zdrowych można było zauważyć, iż zmieniał on się zależnie od okresu cyklu miesiączkowego. U badanych w okresie przedmiesiączkowym i w czasie miesiączki stwierdzano stale objaw śródbłonkowy dodatni. U tych samych kobiet w okresie międzymiesiączkowym objaw ten wypadał ujemnie. Tem samem potwierdziliśmy spostrzeżenia Stephana, Schradera, Seyderhelma i Heinemanna, którzy jedni z pierwszych zauważyli, że u zdrowych kobiet w okresie miesiączkowym tuż przed miesiączką, objaw śródbłonkowy jest dodatnim a ujemnym dopiero po skończonej miesiączce. Z badań Zondeka, Siebkego, Arcieri'ego wiemy, że ilość hormonu pęcherzykowego we krwi ulega podczas miesiączki zmniejszeniu, podnosi się z jej końcem i dochodzi do swego szczytu w okresie międzymiesiączkowym. W tym też czasie największego nasilenia zwierciadła hormonu we krwi wyjątkowo spostrzegano dodatni objaw śródbłonkowy, naturalnie o ile zmiany powstałe w ścianie naczyń były następstwem wahań ilościowej zawartości hormonu pęcherzykowego we krwi.

Ta równoległość obu tych zjawisk biologicznych nasuwa przypuszczenie, że między dodatnim objawem śródbłonkowym a zawartością hormonu pęcherzykowego we krwi istnieje pewien związek, ujawniający się w tem, że stopień odporności ściany naczyń włosowatych na ucisk jest równoległy do krzywej ilości hormonu pęcherzykowego we krwi. Inaczej mówiąc zwiększenie ilości hormonu pęcherzykowego we krwi zdaje się podnosić a zmniejszenie obniżać odporność śródbłonka naczyń. To przypuszczenie znalazło swoje potwierdzenie i w wynikach prac Seyderhelma-Heinemanna i Bickela.

Najwyraźniej jednak rzuca się w oczy zależność dodatniego objawu śródbłonkowego od obecności w ustroju hormonu pęcherzykowego w tych wypadkach, w których brak tego ostatniego nie ulega najmniejszej wątpliwości. Mam tu na myśli przypadki, w których ustanie czynności jajników stwierdzono z całą pewnością i to bez względu na to, czy ustanie tej czynności było objawem fizjologicznym (przekwitanie) czy też przedwcześnie wywołanym (wytrzebienie chirurgiczne lub energją promienną) — (Stephan, Schrader, Vogt, Seyderhelm-Heinemann).

Badania nasze przeprowadzone w tym kierunku potwierdziły wyniki prac ostatnio wspomnianych autorów. We wszystkich bowiem przypadkach przez nas badanych w okresie tak prawidłowego jak i nieprawidłowego przekwitania, jak również po wytrzebieniu czyto chirurgicznem czy promieniami Roentgena spostrzegaliśmy występowanie dodatniego objawu w 89.5% przypadków. Nadmienić należy, że we wszystkich tych przypadkach stwierdziliśmy równocześnie i znaczniejsze podniesienie ciśnienia krwi. Najrzadziej spostrzegano dodatni objaw u kobiet ciężarnych i to tak w pierwszej jak i drugiej połowie ciąży (Bickel). W naszych wypadkach na czterdzieści badanych u trzydziestupięciu wypadł on ujemnie (87.5%); równocześnie towarzyszyło mu stosunkowo niższe ciśnienie krwi rozkurczowe. U pozostałych pięciu z dodatnim odczynem u jednej stwierdzono kiłę, u dwóch zaś zmiany ciążowe w nerkach, które to schorzenia według Stephana i Schradera mogą powodować występowanie dodatniego objawu śródbłonkowego.

To, że tak rzadko spostrzegamy odczyn naczyniowy w ciąży, stoi niewątpliwie w związku ze zmienioną konstelacją hormonalną, z jaką spotykamy się w ciąży, a przejawiającą się między innemi nagromadzeniem się hormonu pęcherzykowego we krwi w ilości wyjątkowej (Zondek i Aschheim, Fels, Siebke, Mazer i Hoffmann).

Równoległość ujemnego objawu śródbłonkowego i niższego ciśnienia rozkurczowego w ciąży z jednej strony — a dodatniego objawu z równoczesnem podniesieniem tegoż ciśnienia w niedomodze hormonalnej z drugiej strony — na którą już poprzednio niektórzy autorowie zwracali uwagę, starano się wytłumaczyć zmianami w systemie nerwowym wegetatywnym, z któremi w obu tych stanach mamy do czynienia (Adler, Lang, Schickele). Lecz nie jest wykluczone, że nie bez wpływu na tę sprawę jest i zmieniona czynność gruczołów dokrewnych, która w tych razach odgrywać może znaczną rolę. Równoległość zachowania się wyżej wspomnianych objawów, w dwóch krańcowych stanach — z jednej ciąży z przeładowaniem ustroju hormonami, niższem stosunkowo ciśnieniem krwi rozkurczowem i ujemnym wynikiem próby zastoinowej — z drugiej w zaburzeniach czynnościowych jajników z niedomogą hormonalną, dodatnim objawem śródbłonkowym i podniesionem ciśnieniem, — pozwala na wysnucie wniosku, że nie bez wpływu na tę sprawę może być i zmiana zwierciadła hormonalnego w ustroju.

Zależność objawu śródbłonkowego od niedomogi hormonalnej jajników uwidacznia się też i w dalszych naszych badaniach, dotyczących kobiet z zaburzeniami w jajeczkowaniu.

Badania te, stanowiące obok wspomnianych wstępnych badań właściwą treść naszej pracy, podzielić możemy na dwie grupy, zależnie od rodzaju nieprawidłowości w krwawieniach miesiączkowych:

I. Zaburzenia w jajeczkowaniu ze zmniejszeniem lub zupełnym brakiem miesiączki:
1. zupełny brak miesiączkowania *(Amenorrhoea)*,
2. skąpe miesiączkowanie *(Hypomenorrhoea)*,
3. spaźniające się miesiączkowanie *(Oligomenorrhoea)*.

II. Zaburzenia w jajeczkowaniu z nadmiernemi krwawieniami miesiączkowemi:
1. nadmiernie obfite i długie miesiączkowanie *(Hypermenorrhoea)*.
2. nadmiernie częste miesiączkowanie *(Polymenorrhoea)*.

U kobiet grupy pierwszej z brakiem, skąpemi i spaźniającemi się miesiączkami w 72% przypadków objaw śródbłonkowy wystąpił dodatnio, w 20% ujemnie a w 8% dał wynik wątpliwy. Z tych ostatnich u dwóch kobiet wykazano następowemi badaniami, że brak krwawień miesiączkowych był następstwem hiperhormonalnych zaburzeń jajnika. W przypadkach grupy drugiej z nadmiernie obfitemi i częstemi krwawieniami w 78% przypadków otrzymaliśmy objaw śródbłonkowy dodatni, w 22% ujemny.

Jeśli przyjmiemy, iż na szczelność naczyń wybitny wpływ wywiera niedomoga jajników czyli, że zwiększona przepuszczalność ściany naczyń włosowatych skórnych jest następstwem zmniejszonej ilości hormonu pęcherzykowego we krwi, to winniśmy się spodziewać, że przez dostarczenie ustrojowi odpowiedniej ilości brakującego hormonu, potrafimy podnieść także szczelność ścian naczyniowych i znieść dodatni objaw śródbłonkowy. Naturalnie możliwe to będzie tylko wówczas, gdy zmiany powstałe w ścianie naczyń będą następstwem zaburzeń czynnościowych komórek śródbłonka, a nie zmian organicznych nieodwracalnych.

Wychodząc z tego założenia Seyderhelm i Heinemann przeprowadzili w tym kierunku doświadczenia i wykazali, że w 98% przypadków niedomogi hormonalnej jajników można było znieść dodatni objaw śródbłonkowy przez podanie dużych dawek hormonu pęcherzykowego. W badaniach naszych przeprowadzonych w tym kierunku podawaliśmy kobietom z niedomogą jajnikową i dodatnim objawem śródbłonkowym hormon pęcherzykowy doustnie. Posługiwaliśmy się przetworami firm Organon i Gedeon-Richter.

W naszych doświadczeniach ilość wprowadzonego hormonu uzależnialiśmy od wielkości niedomogi i intensywności objawu. W większości przypadków wystarczało jednorazowe podanie od 400—600 j. m. w ciągu trzech dni, w dawkach wzrastających, a więc w pierwszym dniu 100 j. m. w drugim 200 j. m. w trzecim 300 j. m. hormonu pęcherzykowego dla zniesienia dodatniego objawu. Przez wprowadzenie tych tak wielkich dawek jednorazowo dążyliśmy do wywołania w ustroju t. zw. uderzenia hormonalnego. Na sześćdziesiąt kobiet z niedomogą jajników i dodatnim objawem śródbłonkowym poddanych wpływowi uderzenia hormonalnego u pięćdziesięciusześciu wypadł objaw następowo ujemnie t. j. w 89.6%. W kilkunastu przypadkach znikał dodatni objaw śródbłonkowy dopiero po dwu lub trzechkrotnem uderzeniu hormonalnem, które stosowaliśmy po kilkudniowej przerwie. Badania kontrolne przeprowadzaliśmy zawsze w czwartym dniu po podaniu hormonu, a więc po upływie czasu potrzebnego dla cofnięcia się drobnych wybroczynek, powstałych w ścianie naczyń w czasie pierwszego badania. Wynosił on od trzech do pięciu dni. Skutek uderzenia hormonalnego utrzymywał się przez dziesięć do piętnastu dni.

Dla przejrzystości i lepszego zrozumienia techniki przeprowadzonych doświadczeń przytaczam krótkie wyciągi z historji chorób kilku leczonych przypadków.

I. Chora N. N., lat 18, pierwsza miesiączka w 16 r. życia dość obfita, do 4-ch dni trwająca, następne zawsze prawidłowe. Od roku miesiączki spaźniające się, a od 6-ciu miesięcy zupełny brak krwawień okresowych. Częste bóle głowy, nadwrażliwość. Badanie 18. VI. 1930 wykazuje narządy rodne bez zmian, obj. śródbł. silnie dodatni (++). Podano 600 j. m. *follic. menformon* w ciągu trzech dni. 22. VI. przeprowadzone badanie kontrolne wykazuje obj. śródbł. ujemny (——). Dolegliwości podmiotowe ustąpiły, krwawień mies. brak. Skutek uderzenia hormonalnego utrzymywał się przez 10 dni.

II. Chora N. N., lat 33, dotychczas tylko kilka razy w roku miewała zamiast miesiączki nieregularne i skąpe krwawienia połączone z silnemi bólami dołem brzucha, ogólne znużenie, nawały krwi do głowy. 12. I. 1931 badaniem stwierdzono niedorozwój narządów rodnych. Obj. śródbł. silnie dodatni (++). Podano 600 j. m. *glandofol.* Richter w ciągu trzech dni. 15. I. ciśn. krwi 120/80 mm Hg RR. obj. śródbł. dodatni (+). Po czterodniowej przerwie ponownie 600 j. m. 23. I. obj. śródbł. ujemny (——). Ogólne zaburzenia ustąpiły. Krwawień brak.

III. Chora N. N., 25 lat. Pierwsza miesiączka w 14-ym roku życia miernie obfita. Od dwóch lat krwawienia miesięczne bardzo obfite 10—15 dni trwające. 4. XI. 1930 badanie ginekologiczne wykazuje narządy rodne prawidłowe. Ostatnia miesiączka 30. X., ciśn. krwi 110/80 mm Hg RR. obj. śródbł. silnie dodatni (++), podano 400 j. m. *follic. menformon* w ciągu trzech dni. W 4-ym dniu objaw śródbł. wyraźnie osłabiony. Po drugiem uderzeniu hormonalnem (500 j. m.) obj. śródbł. ujemny (——). Skutek uderzenia hormonalnego utrzymywał się przez 15 dni.

IV. Chora N. N., 44 lat, miewała zawsze miesiączki miernie obfite i regularne — obecnie silne krwawienia okresu przekwitania, nawały krwi do głowy, nerwowość i t. p. 21. V. 1931 ciśn. krwi 135/85 mm Hg RR. objaw śródbł. silnie dodatni (++), podano 12 tabl. *thyreoideae* à 0,5 w ciągu trzech dni. Obj. śródbł. bez zmiany, ogólne zaburzenia zmniejszyły się: 5 dni przerwy, poczem podano 600 j. m. glandofoliny (f. Richter). 1. VI. ogólne dolegliwości wypadowe zupełnie ustały, obj. śródbł. wątpliwy (—+).

V. Chora 18 lat, stan po obustronnem usunięciu przydatków z powodu ropniaków jajników. Od tego czasu brak miesiączki, silna nerwowość, bezsenność, bicia serca i nawały krwi do głowy. 11. V. 1931 ciśn. krwi 125/80 mm Hg RR. obj. śródbł. silnie dodatni (++), podano 18 kołaczków *ovarnon* (f. Organon) w 4-ym dniu obj. śródbł. niezmieniony, stan ogólny znacznie się poprawił. Podano 600 j. m. *follic. menformon* f. Organon. 18. V. badaniem wykazuje się obj. śródbł. ujemny (——). Przez 15 dni nie podawano wyciągów jajnikowych. 4. VI. obj. śródbł. dodatni (+).

Opierając się na wynikach dotychczasowych badań można śmiało powiedzieć, iż działanie hormonu pęcherzykowego na przepuszczalność ściany naczyń włosowatych nie ulega żadnej wątpliwości. Wobec tego wnioskować można, że dodatni objaw śródbłonkowy nie znikający pod wpływem uderzenia hormonalnego, nie jest następstwem zaburzeń wewnętrzno-wydzielniczych jajników, lecz innych spraw chorobowych. W tych ostatnich wypadkach pomimo podania wielkiej ilości hormonu, działająca noksa jest silniejszą, powodując powstawanie nieodwracalnych zmian w komórkach. Te wyniki naszych doświadczeń potwierdzają w zupełności spostrzeżenia innych autorów poczynione w tym kierunku (Seyderhelm-Heinemann, Bickel).

Chcąc w dalszym ciągu śledzić zależność objawu śródbłonkowego od zaburzeń czynnościowych jajników i ewentualnych postępów leczniczych poddano czterdzieścipięć przypadków długotrwałemu leczeniu hormonalnemu. Opierając się na dzisiejszych poglądach, iż ustrój może wchłonąć dziennie 600 j. m. hormonu pęcherzykowego, zastosowaliśmy leczenie dawkami dużemi i średniemi (Haupstein), podając leki w zastrzykach i doustnie w granicach tej dawki dobowej. Załączona tabela uwidacznia wpływ leczenia hormonalnego, przeprowadzonego w przypadkach różnych wskazań, przyczem zachowanie się objawu śródbłonkowego w czasie leczenia zostało uwzględnionem w poniżej przytoczonych wyciągach z historji chorób, leczonych przypadków.

Na podstawie spostrzeżeń poczynionych w przebiegu leczenia można stwierdzić, że im krótszy był czas trwania choroby, tem pomyślniejszych można było oczekiwać wyników. Najwięcej niepowodzeń mieliśmy w przypadkach pierwotnych i wtórnych zastarzałych i to zarówno stosując dawki średnie jak i duże. Na dziewięć przypadków z zupełnym brakiem miesiączkowania poddanych leczeniu, w czterech mieliśmy do czynienia z pierwotnem zaburzeniem czynnościowem jajników i w tych też przypadkach nie osiągnęliśmy żadnego wyniku leczniczego. Na sześć przypadków skąpych i spaźniających się miesiączek w czterech uzyskaliśmy wynik dodatni, w dwóch ujemny. Jak to z odnośnej tablicy wynika, poddawaliśmy stałemu leczeniu hormonem pęcherzykowym także i przypadki nadmiernie obfitych i częstych krwawień miesiączkowych. Dodatni wynik w postaci zmniejszenia krwawień, względnie zmniejszenia ich częstotliwości uzyskaliśmy w ośmiu z piętnastu leczonych przypadków. Nadmienić należy, że w żadnym z nich nie spostrzegaliśmy w toku leczenia występowania zwiększenia krwotoków, opisywanych przez Seitza. Szczególnie dobre wyniki uzyskaliśmy w przypadkach zaburzeń okresu przekwitania. Z dziesięciu leczonych w ośmiu wynik był dodatni i zupełnie zadowalniający a w dwóch tylko ujemny. Natomiast w bolesnem miesiączkowaniu z niedomogą hormonalną na pięć leczonych przypadków zaledwo w dwóch zanotować możemy polepszenie i to tylko przejściowe.

Wszystkie przypadki tej grupy wykazywały dodatni objaw śródbłonkowy. Nie poddawano bowiem leczeniu hormonalnemu przypadków o ujemnym odczynie śródbłonkowym. Równolegle z prowadzonem leczeniem badano co jakiś czas dla kontroli zachowanie się objawu śródbłonkowego, przyczem zauważono, że wszystkie przypadki, w których po uderzeniu hormonalnem znikał dodatni objaw śródbłonkowy, poddawały się następowo leczeniu hormonem pęcherzykowym. Mimochodem wspomnę, że w dwóch przypadkach, nie umieszczonych w zestawieniu, z brakiem miesiączkowania, pomimo ujemnego odczynu śródbłonkowego zastosowano leczenie hormonem pęcherzyka. Poprawy żadnej nie osiągnięto.

Poniższe przykłady ilustrują przebieg leczenia i zmianę oddziaływania śródbłonka na czynnik leczniczy:

I. Chora N. N., lat 20, wolna, nigdy nie rodziła. Pierwsza miesiączka w 17 r. życia, następne nieregularne co 8—12 tygodni. W ciągu ostatnich dwóch lat zaledwie kilka razy jednodniowe krwawienie, ostatnie przed sześciu miesiącami. 10. IV. badanie wykazuje narządy rodne bez zmiany, ciśn. krwi 120 mm Hg RR, objaw śródbłonkowy silnie dodatni (++). Podano 600 j. m. hormonu pęcherzykowego. 14. IV. objaw śródbłonkowy bez zmiany, ponownie 600 j. m. horm. pęcherzyk. 16. IV. objaw śródbłonkowy dodatni (+). 18. IV. 300 j. m. horm. pęch. doustnie. 20. IV. 300 j. m. i 22. IV. 200 j. m. horm. pęcherzyk. 24. IV. objaw śródbłonkowy ujemny (——), od dwóch dni bóle dołem brzucha. Przerwa 6 dni. 1. V. objaw śródbłonkowy ujemny (——), podano 100 j. m. horm. pęcherzyk. domięśniowo. 2. V. 200 j. m. horm. pęcherzyk. domięśn. Po przerwie 14 dniowej powtórzono leczenie jak wyżej, objaw śródbłonkowy przez cały czas ujemny. 10. VI. krwawienie trwające 20 godzin. 8. VII. miesiączka trwająca 8 dni. W następnych miesiącach chora nie zgłaszała się.

II. Chora N. N., lat 35, wolnego stanu, nigdy nie rodziła. Pierwsza miesiączka w 14 r. życia miernie obfita, 3—5 dni trwająca. Od 8 miesięcy bardzo obfite miesiączki, 10—15 dni trwające, ostatnia skończyła się przed trzema dniami. 15. II. badanie nie wykazuje zmian w narządach rodnych, podmiotowo silne osłabienie, częste bóle głowy, ogólne rozdrażnienie, objaw śródbłonkowy silnie dodatni (++), podano 600 j. m. horm. pęcherzyk. doustnie. 19. II. objaw śródbłonkowy dodatni (+). Po przerwie 4-dniowej ponownie 600 j. m. horm. pęcherzyk. 28. II. objaw śródbłonkowy wątpliwy (—+). 1. III. 200 j. m. horm. pęcherzyk. doustnie; następnie przez 4 dni po 300 j. m. glandofoliny (Richter). 6. III. objaw śródbłonkowy ujemny (——). 8. III. krwawienie miesiączkowe 7 dni trwające. 20. III. objaw śródbłonkowy wątpliwy (—+), podano przez 3 dni po 200 i 3 dni po 300 j. m. horm. pęcherzykowego doustnie. 26. III. objaw śródbłonkowy ujemny (——). Przez 2 dni po 400 j. m. i 3 dni po 300 j. m. glandofoliny. (Richter). 7. IV. krwawienie miesiączkowe 4 dni trwające. Następne miesiączki prawidłowe.

III. Chora 39 lat, rozpozn.: przedwczesny okres przekwitania, podmiotowo: uderzenia krwi do głowy i zawroty, drętwienie palców, przygnębienie. Od kilku miesięcy nieregularne krwawienia. 21. X. ciśn. krwi 135/90, obj. śródbł. silnie dodatni (++), podano 600 j. m. horm. pęcherz. 24. X. obj. śródbł. dodatni (+). Po dwudniowej przerwie 600 j. m. i preparaty tarczycy w małych ilościach. 30. X. obj. śródbł. ujemny (—). Ogólne dolegliwości ustąpiły. Jamę macicy wyłyżeczkowano, następnie w ciągu 30 dni podano 5000 j. m. horm. pęcherz., w przerwach podawano preparaty tarczycy. 15. XII. prawidłowe krwawienie miesiączkowe. Dolegliwości wypadowe ustąpiły, objaw śródbłonkowy przez cały czas leczenia pozostawał ujemny. Przez 6 miesięcy prowadzona obserwacja nie wykazywała pogorszenia.

Prócz doświadczeń nad wpływem hormonu pęcherzykowego na zmiany patologiczne w komórkach śródbłonka, zwróciliśmy też uwagę na stopień zależności zmian w śródbłonku od hormonu przedniego płata przysadki mózgowej. Seyderhelm i Heinemann na zasadzie swych doświadczeń doszli do wniosku, iż hormon ten nie okazuje wpływu na objaw śródbłonkowy. W naszych badaniach na dziesięć przypadków z dodatnim objawem w dwóch tylko spostrzegaliśmy zniesienie tego dodatniego objawu, i to prawdopodobnie drogą pośrednią skutkiem zadziałania na jajnik.

Opierając się na wynikach naszych i wyżej przytoczonych autorów dochodzimy do wniosku, iż doświadczalnie stwierdzona zależność zaburzeń w komórkach śródbłonka naczyń włosowatych skórnych od niedomogi hormonalnej jajników daje nam próbę kliniczną, pozwalającą z dużą pewnością na określenie stopnia i rodzaju zaburzeń wewnętrzno-wydzielniczych jajników w odniesieniu do hormonu pęcherzykowego. Próba ta pozwala także w wielkiej mierze i na śledzenie postępów leczniczych w tych wypadkach. Samo jednak leczenie stanów niedomogi hormonalnej jajnika w odniesieniu do hormonu pęcherzykowego nie stanowi dziś jeszcze zamkniętego rozdziału. Dużej ilości ujemnych wyników leczniczych dopatrywać się między innemi należy i w tem, że rzeczywistego wyleczenia możemy się spodziewać w tych razach tylko w zaburzeniach, mających swoje źródło w nienależytem wytwarzaniu i wydzielaniu hormonu pęcherzykowego, natomiast w przypadkach, gdzie oprócz tego rodzaju zaburzeń mamy do czynienia i z zaburzeniami wydzielniczemi i innych gruczołów dokrewnych, leczenie wyłącznie hormonem pęcherzykowym nie posiada widoków powodzenia. Ten stan rzeczy jednak tak długo nie będzie mógł ulec zmianie, jak długo nie będzie nam znana dostatecznie ogólna natura zaburzeń hormonalnych. Poznanie wzajemnej korelacji gruczołów dokrewnych, regulujących życie płciowe kobiety, chorobowych mechanizmów w zakresie wydzielania wewnętrznego innych gruczołów wzajemnie się osłabiających lub potęgujących i zależności ich od układu wegetatywnego stanowi nieodzowny warunek, który umożliwi nam dopiero krytyczne i logiczne stosowanie w poszczególnych przypadkach hormonów płciowych i hormonów innych gruczołów dokrewnych, jako środków leczniczych.

———

Ilość	Rodzaj przypadków	Dawki hormon. pęcherz. w jednostkach mysich		Czas stosowania	Wyniki lecznicze			Wyniki w %		
		pojed.	ogóln.	dni	dodatni	ujemny	wątpliwy	dod.	ujem.	wątpl
9	Brak miesiączkowania	40 - 500	5—20,000	28—60	4	4	1	% 44.4	% 44.4	% 11.2
6	Skąpe i spaźniające się miesiączkowanie	40—300	5 10,000	15—40	4	2	—	% 66.6	% 33.4	—
15	Nadmiernie obfite i częste miesiączkowanie	40—200	2 8,000	6—21	8	4	3	% 53.3	% 26.7	% 20.0
6	Bolesne miesiąc. kow.	40 - 100	600—1,200	6—24	2	3	1	% 33.3	% 50.0	% 16.7
10	Zaburzenia okresu przekwitania	100—200	800—6,000	10—30	8	2	—	% 80.0	% 20.0	—

(Sprawdzianem wyniku dodatniego pojawienie się miesiączki względnie jej prawidłowy przebieg).

DONIESIENIE TYMCZASOWE.

Dr. Leon ACHMATOWICZ. Wilno.

Analiza 32 przypadków przebicia wrzodów żołądka i dwunastnicy.

Z Oddziału Chirurgicznego Szp. Św. Jakóba w Wilnie.
Ordynator Oddziału.

W ostatnich latach, sądząc z piśmiennictwa, daje się zauważyć znaczny wzrost liczby wrzodów powikłanych przebiciem. To samo daje się stwierdzić w Szp. Św. Jakóba w Wilnie.

Znamiennem jest, że od roku 1919 do 1924 nie mieliśmy na Oddziale żadnego takiego chorego. Pierwszy wypadek zdarzył się w r. 1924, o od roku 1927 liczba wypadków stale wzrasta.

1924 — 1 oper.
1925 — 1 nieoper.
1926 — 1 oper.
1927 — 5 oper. i 1 nieoper.
1928 — 6 oper. i 1 nieoper.
1929 — 3 oper. i 1 nieoper.
1930 — 7 oper.
1931 — 5 oper.

Gwałtowny wzrost przedziurawień na naszym materjale w latach 1927 — 1931 należy tłumaczyć: 1) znacznym rozwojem Kas Chorych, powstawaniem bezpłatnych przychodni dla bezrobotnych i biednych, powiększeniem liczby lekarzy na prowincji, co ułatwiło szerszym masom korzystanie z pomocy lekarskiej i umożliwiło wcześniejsze leczenie szpitalne i 2) możliwem przejadaniem się, a zapewne też nadużywaniem alkoholu i tytoniu.

Z pośród 32 przypadków — czterech chorych z powodu braku zgody nie operowano — wszyscy czterej zmarli.

Liczba zabiegów z powodu przedziurawionego wrzodu w stosunku do ogólnej liczby zabiegów z powodu wrzodów żołądka i dwunastnicy wynosiła 57,9%.

W latach 1927 — 1931 liczba zabiegów z powodu przedziurawienia wrzodu w stosunku do ogólnej liczby zabiegów na naszym Oddziale wynosiła około 0,8%.

Wszystkie wrzody były umiejscowione na ścianie przedniej żołądka lub dwunastnicy, przedziurawienie było zawsze pojedyńcze. Brzegi otworów były przeważnie modzelowate. W jednym przypadku nieoperowanym na sekcji wykryto zwyrodnienie rakowe. Wymiary otworów wrzodów wahały się od wielkości ziarnka prosa do 5 cm średnicy.

Umiejscowienie wrzodów wyjaśnia poniższe zestawienie:

Dwunastnica cz. poz. gór.	4 przyp.
Odźwiernik	11 przyp.
Cz. przyodz.	5 przyp.
Krzywa mała cz. śr.	1 przyp.
Krzywa mała cz. przyodz.	7 przyp.
	28 przyp.

Z pośród 32 chorych była tylko jedna kobieta.

Najczęściej mieliśmy chorych w wieku od lat 20—40 (16 przyp.). Zawód chorych był różny.

Dolegliwości żołądkowe w wywiadzie były stwierdzone u 18 chorych, u 10 chorych choroba rozpoczęła się wśród całkowitego zdrowia.

Przedziurawienia występowały w różnych porach roku. W zależności od pory dnia stwierdziliśmy pewien wpływ wypełnienia żołądka na częstość występowania przedziurawień wrzodów.

Przypadki operowane podzieliłem na dwie grupy. Podział jest oparty na zmianach antomicznych otrzewnej.

Do grupy pierwszej wczesnej weszły 4 przypadki. Do grupy drugiej spóźnionej weszło 28 przypadków.

Przy dokładnej analizie przypadków wczesnych zwraca na siebie uwagę niewspółmierność, jaka istnieje z jednej strony pomiędzy ogólnym ciężkim stanem chorego i niesłychanie bolesnym i twardym jak deska brzuchem, a z drugiej strony niepowiększoną, lub podgorączkową ciepłotą ciała, oraz pełnem, miarowem, a niekiedy nawet zwolnionem tętnem.

W grupie spóźnionej objawy typowe dla przedziurawionego wrzodu ustępują na drugi plan, częstokroć bywają zupełnie zatarte.

W tej grupie w niektórych przypadkach zastosowałem następujący sposób rozpoznawczy: zapomocą wyjałowionego zgłębnika opróżniałem choremu żołądek, a następnie w niewielkich ilościach wlewałem do żołądka wyjałowiony roztwór fizjologiczny. W przypadkach przedziurawionego wrzodu żołądka, chory po wprowadzeniu płynu odczuwał gwałtowne bóle brzucha. Bóle te należy tłumaczyć przedostawaniem się płynu przez otwór w żołądku do wolnej jamy brzusznej, co wywoływało niezwłoczną reakcję.

Błędy rozpoznawcze popełniliśmy w 5 przypadkach.

Przy wyborze metody operacyjnej na pierwszy plan wysuwaliśmy dążność do usunięcia ogniska zakażenia i zwalczenie jego skutków. Najprostszym i najszybszym sposobem dla osiągnięcia pierwszego celu jest obszycie wrzodu. W wypadkach, gdy występowało przewężenie światła rury pokarmowej, wykonywaliśmy zespolenie żołądkowo-jelitowe tylne.

W wypadkach rozpaczliwych i nie nadających się do obszycia (2 przyp.) ograniczyliśmy się sączkowaniem jamy brzusznej.

Zwalczanie zakażenia otrzewnej polegało na możliwie dokładnem usuwaniu z jamy brzusznej wysięku i resztek pokarmowych. W tym też celu stosowano sączkowanie jamy brzusznej.

Wszyscy chorzy grupy pierwszej wyzdrowieli, w drugiej grupie zmarło 17, wyzdrowiało 7.

Zwykłe obszycie było dokonane u 18 chorych, z których wyzdrowiało 6, zmarło 12.

Przeciętna liczba godzin, która upłynęła od przebicia wrzodu do operacji u chorych, którzy wyzdrowieli przy metodzie zwykłego obszycia wrzodu — wynosiła 16 godzin. U chorych, którzy zmarli, czas ten wynosił 25 i pół godzin.

U dwóch chorych dokonano oprócz obszycia wrzodu, usunięcia wyrostka robaczkowego; z nich jeden wyzdrowiał i jeden zmarł.

W 6 przypadkach zastosowaliśmy oprócz obszycia wrzodu — zespolenie żołądkowo-jelitowe; z nich 4 wyzdrowiało, 2 zmarło. Przy tej metodzie przeciętna liczba godzin od chwili przebicia wrzodu do operacji wynosiła u tych, co wyzdrowieli 13, u tych, co zmarli 13 i pół godzin.

W 2 przyp. zastosowano tamponadę wrzodu; obaj chorzy zmarli. Przeciętna liczba godzin od chwili przebicia wrzodu do operacji wynosiła 96 godzin.

Przeciętna liczba godzin od chwili przebicia wrzodu do zabiegu na całym naszym materjale wynosiła 25 i pół godzin przy śmiertelności 17 na 28 przypadków (60,7%).

Z zestawień naszych wynika, że decydującym momentem dla osiągnięcia pomyślnego skutku jest jak najwcześniejsze wykonanie zabiegu.

L e c è n e w 1912 roku pisał: „jeżeli zakażenia otrzewnej spowodowane przedziurawieniem są jeszcze tak poważne i groźne, to tylko dlatego, że zamiast natychmiast skierować chorego, bez straty jednej chwili, pod opiekę chirurga, jedynie powołanego do okazywania w takich wypadkach pomocy, zbyt często traci się drogi czas na uśmierzanie bólów zapomocą morfiny i lodu; strata czasu powoduje rozszerzanie się zakażenia na całą jamę brzuszną, w większości przypadków czyni zabieg operacyjny bezcelowym. Powiedzą mi może, że są to uwagi banalne — bezwątpienia tak. Należałoby się może wstydzić ogłaszania ich, gdyby nie doświadczenie codzienne wykazujące, że nie zważając na wszystko, co się mówiło i powtarzało w ciągu 10 lat, zawsze te same błędy są popełniane i chorzy giną dzięki błędom tych, którzy dając im pierwszą pomoc stracili niepowetowanie drogi czas na leczenie objawowe“.

M o n d o r nie waha się twierdzić, że: „lekarz, który zaleca lód, morfinę i dietę, a ustalenie rozpoznania odkłada do jutra, skazuje na śmierć 3-ch z pośród 4-ch chorych. Lekarz zaś, który zwleka z wezwaniem chirurga, a próbuje leczenia objawowego u chorego z rozlaną kontrakturą ściany brzucha, nie ma pojęcia o patologii jamy brzusznej“.

W n i o s k i:

1) Dla osiągnięcia pomyślnych wyników przy leczeniu operacyjnem przedziurawień wrzodów żołądka i dwunastnicy, należy wykonywać zabieg jak najwcześniej.

2) Przy wyborze metody operacyjnej należy kierować się ogólnym stanem chorego, zmianami anatomicznemi otrzewnej, oraz liczbą godzin, które upłynęły od chwili przebicia.

3) W przypadkach spóźnionych należy stosować metody prostsze, jak np.: obszycie wrzodu, a w przypadkach wczesnych i pomyślnych, możemy stosować metody bardziej radykalne, jak np. — resekcję.

(Praca pojawi się w całości w Pamiętniku Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego).

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

BOHUSZEWICZ i WĄSOWSKI. Wilno.

Przyczynek do leczenia Roentgenem raka krtani.

Cel, jaki nakreśla sobie lekarz w walce z nowotworami złośliwemi, rozszerzył się znacznie w dobie obecnej dzięki rozwojowi tak potężnych środków walki, jakiemi są promienie Roentgena, radu i diatermo-koagulacja. Już nietylko dążymy obecnie do usunięcia nowotworu i zabezpieczenia chorego przed nawrotem, lecz również do zachowania w miarę możności czynności dotkniętego cierpieniem narządu. Dlatego w nowotworach szczęki, krtani, nosa stosunkowo rzadko decydujemy się na radykalne całkowite usunięcie chorego narządu. Z drugiej zaś strony pomoc, jaką chirurg ma w promieniach Roentgena i radu, w diatermji, pozwala na rozszerzenie działania chirurgicznego na takie nowotwory, które dotychczas uważane były za nie nadające się do zabiegu.

Sprawa współdziałania metod leczniczych chirurgicznych z metodami fizykalnemi lub wyboru tej albo innej metody jest dotychczas przedmiotem dysput i rozważań naukowych.

Jeśli chodzi o nowotwory złośliwe krtani, to jedni stoją na stanowisku, że leczenie promieniami Roentgena jest nietylko nieskuteczne, ale wprost niebezpieczne, powodując obrzęki, nekrozę tkanki (głównie chrząstek krtaniowych) i powikłania, często śmiertelne, wskutek wtórnego zakażenia; inni twierdzą, że chociaż te powikłania są bardzo rzadkie, to jednak rentgenoterapja nie jest w stanie zniszczyć całkowicie tkanki nowotworowej. Większość jednak jest zdania, że w promieniach Roentgena mamy potężny środek w walce z nowotworami krtani, lecz że należy indywidualizować przypadki. Do tych ostatnich należą P o u g e t, L e v e s q u e, T e x i e r, C a n u y t, H a u t a n t, R e g a u d, C o u t a r d. Spostrzegali oni i opisywali szereg przypadków całkowitego wyleczenia raków krtani naświetlaniami rentgenowskiemi.

Przy określaniu wskazań do leczenia promieniami X ogromne znaczenie ma prócz rozległości sprawy nowotworowej w krtani budowa histologiczna raka. Wiemy bowiem, że nabłoniaki typu skórnego (najczęstsze na więzadle głosowem) są bardziej oporne działaniu promieni Roentgena od nabłoniaków o typie śluzówkowym (C o u t a r d).

Ze względu na to, że dotychczas jeszcze jesteśmy w okresie badań tych zawiłych spraw, a z każdym rokiem nagromadza się coraz większy materjał kliniczny, który może w niedalekiej przyszłości pozwoli na bardziej zdecydowane ujęcie sprawy, przeto każdy przypadek powodzenia na tej drodze może przysłużyć się ogólnej sprawie. Z tego powodu zdecydowaliśmy się na opisanie naszego przypadku.

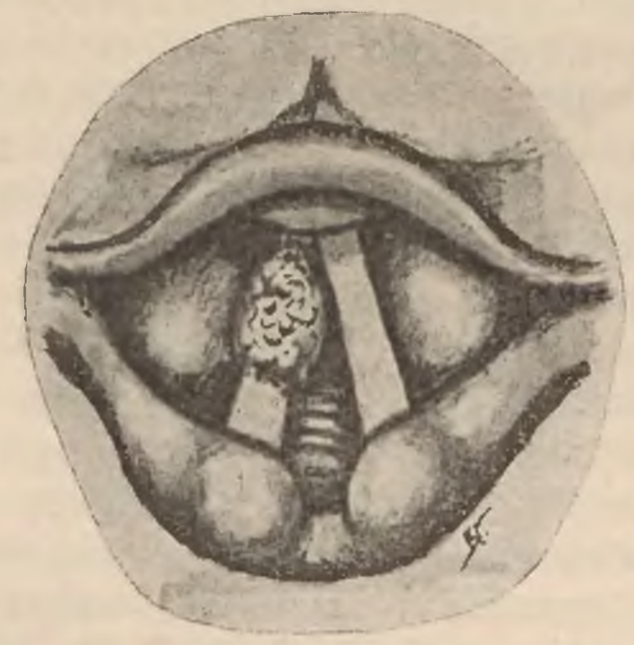
Chory S. J. 60 l. Od dłuższego czasu cierpi na polipy nosowe, a od kilku miesięcy zauważył chrypkę; chory dużo pali, dużo i głośno mówi. Badanie 9. V. 1930. wykazało w nosie obecność polipów, dość znaczne przekrwienie gardła oraz zaróżowienie obu strun głosowych. Chory zgłosił się do powtórnego badania po upływie 4 miesięcy i wtedy laryngoskopja pozwoliła stwierdzić na prawej strunie głosowej w przedniej jej części mały, białawy, o nierównej powierzchni guzek, położony na górnej powierzchni struny i wystający z za jej brzegu. Struna ruchoma, poza tem krtań bez zmian. Gruczoły na szyi niezmienione. Wobec wieku chorego powstało podejrzenie nowotworu złośliwego i zaproponowano biopsję w celu badania drobnowidowego. Chory dłuższy czas nie dawał na to swej zgody. Wykonane po upływie kilku miesięcy badanie wykazało budowę brodawczaka. Poddano chorego leczeniu Roentgenem, lecz po 3 naświetlaniach stwierdzono większy rozrost guza. W maju 1931 r. wykonane powtórne badanie wyciętego kawałka guza dało już wynik inny, mianowicie wykazało budowę raka o typie skórnym *(cancroid)*. Laryngoskopja wykryła duży rozrost guza, który posunął się nieco ku przodowi, nie przekraczając jednak granic więzadła prawego (rys. 1). Na szyi z prawej strony gruczoł wyraźnie wyczuwalny, niebolesny, ruchomy. Mając na uwadze znaczną odporność w stosunku do promieni X skórnych raków wogóle, oraz ujemne wyniki poprzednich naświetlań, proponowaliśmy choremu zabieg operacyjny; wobec kategorycznej odmowy zdecydowaliśmy się na rentgenoterapję, która została przeprowadzona przez jednego z nas (B o h u s z e w i c z) w Zakładzie Rentgenologicznym Kasy Chorych m. Wilna.

22. V. 1931 rozpoczęto leczenie. Naświetlono pierwsze pole, czyli stronę prawą krtani na odległości 30 cm, przy napięciu 180 KV, przez sączek 0,5 Cu + 1 Al. Dawka wyniosła 550 r. Już po 24 godzinach wystąpił mocny odczyn zapalny, obrzęk, bóle. Gardło i krtań znacznie przekrwione.

1. VI. naświetlono w warunkach podobnych szyję od tyłu i zlewa.

9. VI. — krtań od strony lewej.

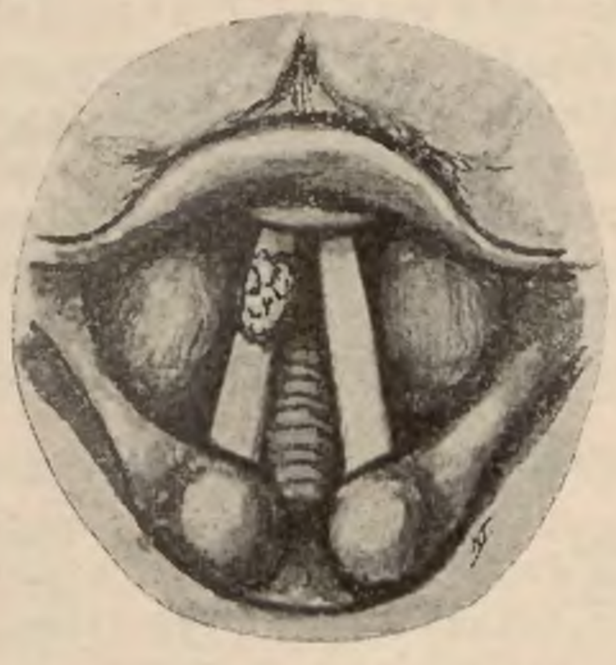
22. VI. — szyję od tyłu i zprawa.



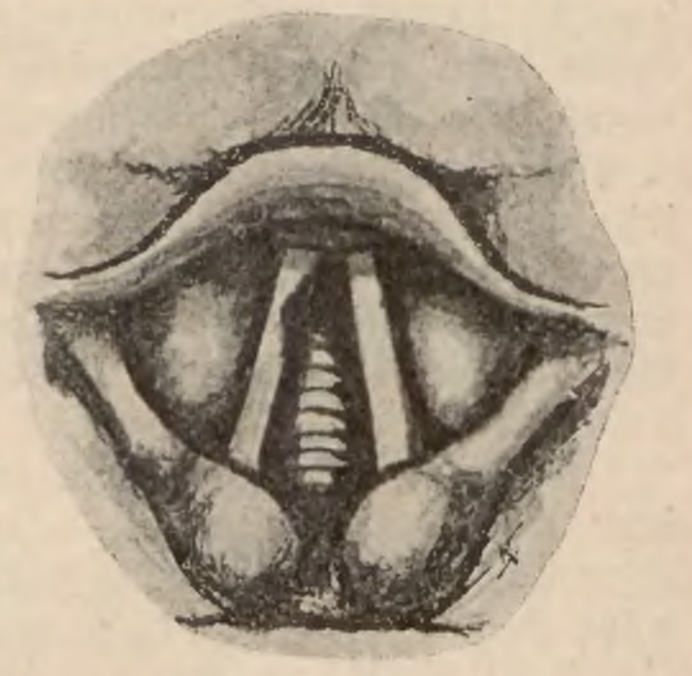
Rys. 1.

Po każdem naświetlaniu występował bardzo mocny odczyn ze strony gardła i krtani, chory nie mógł nic jeść, nie sypiał wskutek neuralgicznych bólów głowy i szyi. Stan taki trwał od 2 do 4 dni. Badanie w dniu 26. VI. wykazało: podniebienie miękkie, łuki mocno przekrwione, pokryte białawemi nalotami, *foetor ex ore*, język obłożony. Mocne obrzmienie z obu stron szyi. W krtani guz zmniejszył się o 2/3, prawie nie wystaje poza brzeg struny (rys. 2). Cała krtań przekrwiona.

14. VII. naświetlono krtań od strony prawej. Dawka wyniosła 110 r. Z tej samej strony i w tej samej dawce naświetlono krtań 18. VII., 22. VII., 27. VII. i 3. VIII.



Rys. 2.



Rys. 3.

Badanie krtani po ostatniem naświetlaniu wykazało na strunie prawej obecność malutkiego wypukłego guzka, zajmującego 1/2 szerokości struny. Gruczoł na szyi z prawej strony niewyczuwalny.

5. X. 31. Na prawej strunie głosowej w miejscu dawnego guza powstało małe wklęśnięcie (rys. 3).

15. I. 32. Stan krtani jak poprzednio. Chory podaje, że w tym czasokresie zmuszony był usunąć 5 zębów, które zaczęły się chwiać. Do chwili obecnej nie odczuwa smaku pokarmów słodkich.

18. III. Krtań jak poprzednio. Głos mocny, chrypki niema.

Takie szybkie przejście nowotworu dobrotliwego (brodawczaka) w złośliwy (rak) kazało nam nietylko być ostrożnym w rokowaniu, ale wprost czyniło rokowanie niepomyślnem. Budowa histologiczna guza, wykazująca rak o typie skórnym raczej przemawiała przeciw leczeniu promieniami Roentgena. Dlatego choremu zaproponowano zabieg operacyjny i tylko brak jego zgody przesądził sprawę na korzyść „próbnego leczenia" Roentgenem. Określamy je słowem „próbne", gdyż jak to już wyżej zaznaczyliśmy, stosowane uprzednio naświetlania wywołały szybki wzrost guza. Wbrew oczekiwaniom leczenie odniosło nadzwyczajny skutek, bo już po 4 naświetlaniach guz zaczął się zmniejszać, a po 4 miesiącach od początku leczenia znikł zupełnie. Chory otrzymał łączną dawkę dla skóry 2.750 r.

Przechodząc teraz do omówienia metodyki leczenia rentgenowskiego w naszym przypadku musimy zaznaczyć, że rentgenologja obecna zna główne trzy, a właściwie cztery metody stosowania energji promienistej na tkankę nowotworową. Podstawą tych wszystkich metod jest zadanie i utrzymanie przez czas dłuższy

w głębi, to znaczy w tkance nowotworu, dawki rakowej, t. j. dawki równej w przybliżeniu nie mniej niż 110% dawki skórnej rumieniowej (110% D. S. R.).

Pierwszą i do niedawna najwięcej rozpowszechnioną metodą tego dawkowania jest metoda Seitza i Wintza, polegająca na jednorazowem zastosowaniu tej dawki, a przynajmniej w kilku najbliżej po sobie następujących posiedzeniach. W stosunku do narządów nawet niezbyt głęboko położonych jest to niemożliwe, bowiem, jak wiemy z fizyki, siła światła jest odwrotnie proporcjonalną do kwadratu odległości od jego źródła do miejsca, na które działamy, w danym wypadku od antykatody do leżącego wgłębi nowotworu. Dlatego też, by nowotwór otrzymał 110% D. S. R., skóra musiałaby dostać dawkę większą, w zależności od głębokości, na jakiej ten nowotwór się znajduje. Jak wiemy, zastosowanie na skórę dawki większej od 100% D. S. R. może spowodować nieraz ciężkie jej uszkodzenie. Dlatego też posługujemy się metodą „ognia krzyżowego": naświetlamy nowotwór z kilku pól w jak najkrótszym czasie, licząc na to, by promienie z każdego pola przechodziły przez tkankę nowotworową; ta ostatnia jest miejscem spotkania się skrzyżowanych promieni i otrzymuje wobec tego dawkę równającą się sumie tych wszystkich % D. S. R., jakie do niej doszły z każdego pola skórnego.

Druga metoda stosowania energji promienistej polega na drobieniu dawki leczniczej (Regaud, Ferroux, Mohr, Słatopolski, Alberti). Zamiast jednorazowego stosowania 110% D. S. R. stosujemy ją przez czas dłuższy (10—16 dni) w odpowiednich ułamkach procentowych tak, aby w ciągu tego czasokresu tkanka nowotworowa otrzymała w całości owe 110% D. S. R., które zadać winniśmy. Liczymy w tym wypadku na kumulację promieni. Zwolennicy tej metody podają, że dzięki niej jesteśmy w stanie działać stale na tkankę nowotworową, na wszystkie jej komórki i to w momencie karjokinezy, gdy są one na promienie Roentgena najczulsze; poza tem nie przeładowujemy ustroju zbytnio energją promienistą i wobec tego możemy stosować dawki znacznie większe, gdyż skóra lepiej znosi sumę kilku dawek dzielonych aniżeli jednorazową większą (Regaud, Ferroux). Prócz tego ogromne znaczenie ma fakt, że w samym ustroju powstaje więcej promieni wtórnych, które podnoszą wysokość dawki w głębi, w miejscu nowotworu. Przeciwnicy tej metody zarzucają jej, że nowotwór pozostaje przez czas dłuższy w stanie nienasycenia promieniami, co może wywołać objawy podrażnienia i większy rozrost tkanki nowotworowej. Doświadczenie dotychczasowe nie wykazało jednak wyższości jednej metody nad drugą (Holthusen).

Trzecią metodą leczenia nowotworów promieniami Roentgena jest metoda Pfahlera, — metoda „nasycenia" tkanek energją promienistą. Polega ona na tem, że na dany nowotwór, jak w sposobie Seitza i Wintza, stosujemy odrazu całą dawkę rakową (110% D. S. R.), potem zaś ją ciągle uzupełniamy w miarę ustępowania odczynu. Wiemy, iż gdy minie 1/4 czasu potrzebnego do zniknięcia odczynu po naświetlaniu, w miejscu zadziałania promieni pozostanie 1/2 dawki energji, druga połowa zniknie dopiero w czasie trzy razy dłuższym. Odpowiednio do tego musimy stosować nowe dodatkowe dawki, ażeby nowotwór przez cały czas leczenia utrzymać w napięciu energji promienistej, równającemu się 110% D. S. R. Metoda ta, teoretycznie bardzo dobra, i zdawałoby się najskuteczniejsza, gdyż promienie działają przez cały czas intensywnie i to w dawce rakowej, praktycznie jednak nasuwa duże trudności, obliczenie bowiem znikania odczynu, a tem bardziej odczynu w głębi w tkance nowotworowej, określenie, jak długo można podtrzymywać nasycenie dawki w każdym przypadku, jest nad wyraz trudne.

W ostatnich czasach została podana przez Regaud i Coutarda metoda dawkowania „drobionego przedłużonego". Metoda ta jest niczem innem jak tylko modyfikacją i rozwinięciem metody drobienia dawki. Polega ona na tem, że naświetlanie zostaje przeprowadzone z dużych odległości (60—100 cm) i przez sączki bardzo grube z metali ciężkich (1—3 mm Cu lub Zn). Wobec tego natężenie energji promienistej i jej dawka, jaką otrzymuje dane ognisko w jednostce czasu są bardzo niewielkie tak, że dla osiągnięcia np. 25—30% D. S. R. potrzeba około 2 godzin. Do tego jako bram wpadowych stosują oni bardzo duże pola (50—200 cm). Rzecz prosta, że to znacznie zwiększa dawkę w głębi, a zmniejsza odczyn ze strony skóry, gdyż wskutek odfiltrowania zmniejsza się ilość promieni, osłabia się działanie promieni miękkich, również i twardych na skórę. Zapomocą tej metody przy stosowaniu „ognia krzyżowego" autorzy ci dochodzą w dawce głębokiej na nowotwór aż do pięciokrotnej, a nawet dziesięciokrotnej skórnej dawki rumieniowej (500 — 1000% D. S. R.). Uszkodzenia skóry, zdarzające się często przy tej metodzie, szybko i łatwo się goją.

Przy wyborze metody naświetlań w naszym przypadku odrzuciliśmy sposób Pfahlera z przyczyn wyżej podanych. Metody Coutard'a zastosować nie mogliśmy, gdyż byłaby ona zbyt kosztowna i nie mogłaby być wtłoczoną w ten ograniczony czas pracy, jaki mamy w pracowni bez szkody dla innych chorych. Pozostałe dwie metody nie odpowiadały nam ze względu na wielkie ich wady. Zastosowaliśmy metodę modyfikowaną, która zdaniem naszem posiadała wiele cech dodatnich innych metod. Za podstawę posłużył nam sposób podany przez Seitza i Wintza. Mieliśmy narząd o niedużych wymiarach (szyja), mogliśmy więc znaleźć cztery pola jako bramy wpadowe, co pozwoliło na skupienie w miejscu nowotworu bez obawy uszkodzenia skóry dawki energji promienistej przewyższającej 110% D. S. R. Obawialiśmy się tylko uszkodzenia chrząstek krtaniowych. Na pierwszem posiedzeniu zastosowaliśmy 100% D. S. R. na skórę (550 r.), co wyniosło dla krtani niewiele mniej ze względu na nieznaczną jej odległość. Następne naświetlanie daliśmy dopiero po 8 dniach i to już ze znacznie dalszej odległości, bo ztyłu. Liczyliśmy na to, że w ten sposób osiągniemy poniekąd nasycenie tkanki energją promienistą. Po 8 dniach zastosowaliśmy dawkę trzecią i znowu ztyłu (każda z tych dawek odpowiadała 100% D. S. R.). Wobec tego, że po trzeciem naświetlaniu wystąpiły objawy silnego podrażnienia w gardle i krtani, czwarty raz naświetliliśmy chorego po 14 dniach. Po czwartej dawce nowotwór zmniejszył się znacznie, objawy podrażnienia trwały dłużej. Po przerwie 3 tygodniowej zastosowaliśmy w 5 porcjach w 4—5 dniowych odstępach łączną dawkę 100% D. S. R. W ten sposób chory nasz otrzymał 2750 r. na skórę (1 r. międzynarodowe — 2,2 R. francuskich, czyli 1 H — 46,6 r. — 102,52 R.), a mógł przy zachowaniu ostrożności i w razie dalszej potrzeby otrzymać 13,200 r. (czyli otrzymał 2755 r. — 6050 R. — 59 H., a mógł otrzymać 13,200 r. — 29,040 R. — 283 H.). Metoda ta dała nam możność zastosowania w razie konieczności dawki nie mniejszej, aniżeli przy metodzie Regaud-Coutard'a, a jednocześnie dała nam pewność, że nie pozostawiamy w żadnym czasie nowotworu bez dostatecznej koncentracji energji promienistej. W chwili gdy objawy nowotworu znikły, zaprzestaliśmy leczenia, gdyż nie widzieliśmy żadnego wskazania do dalszego przeładowywania ustroju, a w szczególności jamy ustnej, gardła i krtani chorego energją promienistą. Dalsza obserwacja chorego wykazuje, że obliczenia nasze były słuszne, gdyż ani martwicy chrząstek krtaniowych ani nawrotu nowotworu niema.

Podana niżej tablica ilustruje przebieg leczenia.

Data	Pole	r.	Sączek	Odległość	KV
22. V. 31	Krtań str. prawa	550	0,5 Cu 1,0 Al	30 cm	180
	Guz nierówny na prawej strunie gł. występ. za brzeg str. Gruczoł na szyi z pr. strony.				
1. VI. 31	Szyja tyl.-lew.	550	0,5 Cu 1,0 Al	30 cm	180
9. VI. 31	Krtań str. lewa	"	"	"	"
22. VI. 31	Szyja tył. pr.	"	"	"	"
14. VII.	Krtań str. pr.	110	"	"	"
	Guz zmniejszył się o 2/3. Mocne obrzm. w gardle i krtani, z obu stron szyi. *Foetor ex ore.*				
18. VII.	Krtań str. pr.	110	0,5 Cu 1,0 Al	30 cm	180
22. VII.	Krtań str. pr.	"	"	"	"
29. VII.	Krtań str. pr.	"	"	"	"
3. VIII.	Krtań str. pr.	"	"	"	"
	5. X.Guz na pr. str. malutki nie wystaje poza brzeg struny. Gruczoł na szyi niemacalny.				
	W miejscu guza na pr. strunie pozostało małe wklęśnięcie.				

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. M. ŁĄCKI. Warszawa.

Sprawa epidemjologji i profilaktyki błonicy w świetle badań lat ostatnich.

(Z Wydziału Zdrowia Magistratu m. st. Warszawy).

Zagadnienie epidemjologji błonicy i walki z nią było poruszane wielokrotnie. Szukano nowych dróg, gdyż stare sposoby walki z błonicą — zastrzykiwanie surowicy, izolacja chorego, odkażanie — spodziewanych wyników — zupełnego wytępienia błonicy — nie dały.

W ostatnich czasach zaczęto szeroko stosować akcję profilaktyczną — szczepienną. Akcja ta ma swoich gorących zwolenników — w St. Zjednoczonych, Kanadzie, w wielu krajach Europy, ma też i swoich przeciwników, że wymienić choćby tylko F r i e d b e r g e r a, dość gwałtownie zwalczającego szczepienia ochronne.

Żeby zdać sobie sprawę z istoty zagadnienia, należy prześledzić rysy epidemjologiczne błonicy.

Trzy czynniki normują rozwój, przebieg i nasilenie chorób zakaźnych, są jakby ich korytem. Są to:

A) Zarazek (To co anglicy nazywają *„the reservoir of virus“*).

B) Wrażliwość lub odporność środowiska.

C) „Skuteczność zakażenia“ *(the efficient means of transmision“)*.

Czynniki te są nad wyraz zmienne i ulegają tysiącznym zmianom.

Dla epidemjologa ma znaczenie:

Zarazek.

1) Ilość zarazka.

2) Jego zjadliwość, czyli: a) toksyczność i b) agresywność (zdolność do zaatakowania). Cechy te niekoniecznie występują razem. Np. wąglik jest nad wyraz agresywny i zupełnie nietoksyczny. Natomiast tężec — przy nadzwyczajnej toksyczności — zupełnie nieagresywny. Błonica zajmuje miejsce pośrednie, ale jest bardziej toksyczną, niż agresywną. R o u x i Y e r s i n w roku 1889 pisali: *„un pouvoir pathogène élevé peut être l'apanage d'un germe diphterique relativement peu toxigène, mais, au moins, spontanement très virulent. Un pouvoir pathogène reduit peut appartenir a un germe tres toxigène, mais peu virulent“.*

Wiemy również, że zjadliwość zarazka może zwiększać się i zmniejszać w zależności od szeregu czynników.

Środowisko. Jest to wielka nieznana, nad którą dopiero w latach ostatnich rozpoczęły się badania. Mają dla nas znaczenie jego: a) odporność i b) wrażliwość. Cechy te są jakby w stanie ciągłej fluktuacji i ulegają tysiącznym zmianom. Np. kury są odporne na wąglik — ale jeśli oziębić ich nogi lodowatą wodą — giną od wąglika.

Szczur wytrzymuje zastrzyknięcie przeszło 1000 śmiertelnych dawek dla świnki morskiej toksyny błoniczej. Ale szczur przemęczony (w poruszającem się stale kole) ginie od znacznie mniejszych dawek. To samo dotyczy i chorób. Jedne choroby jakby „usposabiają“ organizm do zakażenia się inną chorobą (zmniejszając odporność). Np. grypa uważana jest za czynnik sprzyjający rozwojowi gruźlicy. Inne znowu jakby „uodparniały“ na czas swego trwania przeciw niektórym chorobom. Np. w przebiegu odry nie obserwuje się ospy, nie możemy również ospy zaszczepić. Po przejściu jednych chorób pozostaje odporność na całe życie, (odra, dur plamisty, płonica i inne). W innych odporność tylko czasowa — np. grypa. Jeszcze w innych organizm staje się jakby bardziej wrażliwym na powtórne zakażenie np. róża.

Na odporność i wrażliwość środowiska wpływają — wiek, pora roku, sposób odżywiania się, stan skupienia, zmęczenie, i inne.

Skuteczność zakażenia zależy też od wielu przyczyn. W zakażeniach kropelkowych (do których należy błonica) zależy to od klimatu, ciepłoty, wilgotności, stanu skupienia i t. d.

Otóż w ramach powyższych trzech czynników przebiega każda epidemja, przyczem charakterystyczne cechy zarazka, jego sposób przenoszenia się, stopień odporności środowiska składają się na pewien, specyficzny dla każdej epidemji, obraz. Epidemjologiczne zrozumienie będzie o tyle łatwiejsze, im bardziej są znane i zbadane te trzy czynniki. Podchodząc do badań epidemjologicznych nad błonicą jesteśmy w tem szczęśliwem położeniu, że mamy do czynienia z najbardziej znaną i zbadaną chorobą; znamy nietylko cechy chorobotwórcze zarazka, lecz też możemy mierzyć stopień odporności środowiska (odczyn Schick'a lub miareczkowanie zawartości antytoksyny we krwi (sposobem R o m e r a lub K e l l o g a).

* * *

B a g i ń s k i w swej pracy o błonicy (1899) mówi, że historję badań nad błonicą podzielić można na 3 okresy:

1) Od najbardziej zamierzchłych czasów aż do początku 19-go stulecia: badania miały charakter epidemjologiczno-kliniczny.

2) Od B r e t o n n e a u — na pierwszy plan występuje kierunek anatomo-patologiczny.

3) Od L ö f f l e r a i B e h r i n g a — kierunek bakterjologiczny i leczniczy.

Sądzę, że poczynając od prac B a b e s'a, S m i t h'a, D z i e r z g o w s k i e g o, B e h r i n g'a, a głównie R a m o n a, zaczyna się okres czwarty — zapobiegawczy.

Pierwszy opis błonicy znajduje się u H i p p o k r a t e s a. Następnie A r e t e u s z z Kappadocji w I-ym wieku po Chr. dał bardzo dokładny opis błonicy. (Nazywa on ją chorobą egipską). Opisuje on postacie dobrotliwe i złośliwe, zaznacza, że błony mogą się przenieść z jamy ustnej do tchawicy (dławiec), i tłumaczy, że śmierć następuje albo na skutek zatrucia organizmu jadami (postać toksyczna), lub też na skutek mechanicznego zatkania tchawicy błonami *(asphyxia)*. Praca ta została zapomnianą i dopiero w 1552 r. została przypadkowo znaleziona i wydrukowana przez K r a s s'a w Wenecji. Można śmiało powiedzieć, że aż do czasu B r e t o n n e a u mało co poza tem zostało dodane do patologji błonicy.

W 1821 roku wybuchła epidemja błonicy w Tour, a w 1824 w La Ferriere (Francja). Niesłychanie wnikliwa obserwacja, przeprowadzona przez B r e t o n n e a u, dała mu możność odrzucenia dawnej miazmatycznej teorji i ustalenia charakteru zakaźnego błonicy. B r e t o n n e a u też pierwszy opracował i wprowadził tracheotomję.

Następnie w 1883 roku L ö f f l e r wykrył maczugowca błoniczego, a w 1888 — R o u x i Y e r s i n znaleźli toksynę, i w 1890 — B e h r i n g — antytoksynę. W 1891 zrobione było pierwsze zastrzyknięcie surowicy antytoksycznej w klinice Bergmana. Od roku 1895 surowicę stosuje się powszechnie i, poczynając od tego roku, obserwuje się silny spadek śmiertelności na błonicę: z 35%—30% śmiertelność spadła do 15%—10%, a nawet i niżej. Sądzono powszechnie, że sprawę błonicy uważać można za zlikwidowaną.

Ale gdy porównamy zapadalność i śmiertelność na błonicę z zapadalnością i śmiertelnością na skutek innych chorób zakaźnych, widzimy, że spadek w przypadkach błonicy jest mniejszy, niż w innych chorobach. Np. umieralność na dur brzuszny spadła w Ameryce z 32 na 100000 (rok 1900) do 3,2 na 100000 (1930). Umieralność na płonicę spadła do 1,5—2,0 na 100000, błonica zaś utrzymuje się na znacznie wyższym poziomie, stojąc w Ameryce na pierwszem miejscu pod względem śmiertelności, a w Polsce zaś na drugiem (po durze brzusznym).

Oprócz tego ostatnio w szeregu krajów obserwujemy nawet wzrost zapadalności na błonicę. Np.:

	Rok 1923.	Rok 1928.
Niemcy:	32509 przypadków.	41965 przypadków.
Anglja	40009 „	61134 „
Austrja	2816 „	8132 „
Francja	11033 „	18808 „
Polska	3694 „	10463 „

Następnie, obliczając liczbę zapadnięć na 100000 osób otrzymamy następujące dane:

Rok	Berlin	Niemcy	Austrja	Belgja	Angja	Francja	Italja	Węgry	Polska	Warszawa
1927	123,4	53,6	102,6	13,0	132,4	34,9	46,9	84,4	32,5	70,7
1928	139,1	73,7	122,5	16,4	154,8	46,1	47,0	108,5	39,9	83,0
1929	132,7	76,7	159,7	23,3	159,4	50,0	58,4	146,0	44,5	139,1

Jeśli dodamy do tego stale zwiększający się odsetek śmiertelności — mamy prawo do twierdzenia, że poczynając od roku 1922—1923 *„genius epidemicus“* błonicy stał się bardziej złośliwym.

* * *

Rozpatrzmy teraz szczegółowo każdy z 3-ch powyższych czynników w zastosowaniu do błonicy.

Zarazek. Nie wchodząc w szczegółowy opis własności maczugowców błoniczych, jako zbyt dobrze znanych, należy zaznaczyć, że poszczególne szczepy różnią się pomiędzy sobą pod względem „agresywności“ i pod względem „toksyczności“.

G a r y, porównując śmiertelne dla zwierząt dawki bakteryj (24-godzinnej hodowli) ze śmiertelnemi dawkami toksyny tych szczepów (10-dniowy buljon) otrzymał następujące wyniki:

Szczep.	Liczba bakteryj powodująca śmierć zwierzęcia.	M. L. D. toksyny
Park N° 8	1930 miljonów bakt.	0,0075
N° 20	160 „	0,025
N° 13	1,5 „	0,05
N° 11	1,2 „	0,0075
N° 2159	6,5 „	0,5

Widzimy więc, że szczep N° 8 i szczep N° 11 mają jednakową zdolność produkowania toksyny, lecz różnią się bardzo pod względem agresywności.

Czy szczepy błonicze łatwo ulegają zmianom? Morfologicznie przedstawiają one wahania bardzo szerokie. Mają one zdolność tworzenia postaci inwolucyjnych, niekiedy o kształcie paciorkowców.

Zjadliwość niełatwo ulega zmianom. Ławrynowicz na 14 zbadanych szczepów w 3-ch przypadkach po 7—10 miesiącach obserwował przejście szczepu niezjadliwego w zjadliwy; w jednym przypadku, odwrotnie, szczep zjadliwy zmienił się w niezjadliwy. Rosenau i Bailley nie mogli stwierdzić żadnych zmian (z punktu widzenia zjadliwości) w zjadliwych lub niezjadliwych szczepach: po 36 przesiewach stopień zjadliwości nie uległ zmianie ani *„in plus"* ani *„in minus"*. Bulloch twierdzi, że maczugowiec błoniczy z punktu widzenia zjadliwości jest nadzwyczaj stały, przypuszcza jednak, że u ozdrowieńców maczugowce błonicze tracą stopniowo swą zjadliwość i że obecność paciorkowców zwiększa ich toksyczność. Są to jednak tylko hipotezy. Dowodów doświadczalnych, potwierdzających to, nie mamy.

Bardzo trudno określić stosunek szczepów zjadliwych do niezjadliwych. Morfologicznie oba szczepy są podobne, surowice niezjadliwych szczepów powodują aglutynację zjadliwych i odwrotnie, lecz niezjadliwe nie powodują powstania przeciwciał, nie uodporniają więc przeciw zjadliwym. Prawda, Arkwright w r. 1909 podał, że udało mu się wydzielić niezjadliwy szczep, który wytworzył antytoksynę u konia. Spostrzeżenie to nie zostało potwierdzone przez innych autorów. Crowell (1926) podaje, że udało mu się wydzielić z bardzo zjadliwego szczepu niezjadliwą postać (sposobem Orskow'a z jednej komórki); w 6-ciu następujących po sobie generacjach szczep był zjadliwy, a następnie podzielił się na dwie postacie: jedną o takiej samej zjadliwości, jak i szczep macierzysty, druga zaś była zupełnie niezjadliwa. W następnych generacjach obserwowano to samo.

Cowan (1927) ze szczepu Park'a N° 8 otrzymał kolonje *„rough"* niezjadliwe i *„smooth"* zjadliwe. Są to jednak przypadki rzadkie.

Szczepy błonicze zjadliwe szczególnie często spotyka się u osób w otoczeniu chorych. Np. *„The medical research committee"* w 1926 r. na podstawie 1417 zbadanych szczepów wykazał, że:

1) z 892 szczepów wyhodowanych z gardzieli osób zdrowych, lecz znajdujących się w otoczeniu chorych — 866, czyli 98,5% było zjadliwych;

2) z 325 szczepów pochodzących z gardzieli osób zdrowych, którzy nie mieli styczności z chorymi, tylko 48, czyli 14% było zjadliwych.

Ciekawe są obserwacje, dokonane w pracowni Friedemann'a. Lewkowitz, zbierając na płytki Petriego kropelki, wydalane przy kaszlu chorych na błonicę, skonstatowała, że liczba kolonij wyrosłych jest tem większa, im przypadek był cięższy. U zdrowych nosicieli nigdy nie udawało się jej wyhodować maczugowców błoniczych (zakażanie płytek przez nakaszliwanie). Wykazywałoby to, że szczepy, pochodzące od chorych, są bardziej niebezpieczne, posiadają większą zdolność życiową, a więc i zakażania. Friedemann wprost mówi: *„De cette constation on peut conclure, que le porteur sain est nettement moins infectant, que le diphterique"*.

Ale daleko lepiej da się to wytłumaczyć doświadczeniami O. Hartoch i Muratowej. Wykazali oni mianowicie, że u chorych maczugowce błonicze są daleko liczniejsze, niż u zdrowych nosicieli: według ich obliczeń chory ma 10.000 razy więcej maczugowców, niż nosiciel. I tą dużą liczbą tłumaczą się pozytywne wyniki posiewów Lewkowitz.

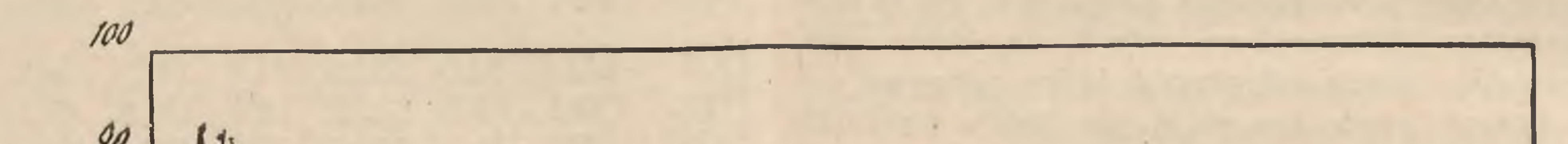
Stosunek pomiędzy „zjadliwością" maczugowca, a jego „zdolnością zakażania" jest naogół mało zbadany. Niema, np. związku pomiędzy zjadliwością szczepu, a postacią kliniczną błonicy: łagodne klinicznie postacie błonicy wywołane bywają bardzo toksycznemi szczepami i naodwrót mało zjadliwe szczepy powodują bardzo ciężki przebieg.

Jednak *„a priori"* można przypuścić, że bardziej toksyczne i agresywne postacie, a więc pochodzące od chorych będą bardziej niebezpieczne dla otoczenia. Doświadczenia wykazały, że tak rzeczywiście jest. Doull James w swej pracy: *„Factors influencing selective distribution in diphteria"* łącząc razem dane swej pracy (1925) z pracą Doull, Stostokes i Mc. Gines (1928) dowodzi, że zetknięcie się z chorym jest 12 razy niebezpieczniejsze, niż zetknięcie się z nosicielem. Wykazuje to następująca tablica:

Grupa Styczność z:	Liczba rodzin	Liczba osób wystawionych na niebezpieczeństwo zachorowania (w otoczeniu)	Zapadalność na 10.000	Przypuszczalny stosunek niebezp. zapad. na błonicę w otoczeniu poszczególnych grup (1, 2, 3, 4) a zapadalnością w mieście
1) Przypadki błonicy	758	2799	321,5	120
2) Nosicielstwo zjadliwe	541	2418	57,9	20
3) Nosicielstwo niezjadliwe	1207	5395	25,5	10
4) Biała ludność w Baltimore		675000	2,7	1

Tablica ta rzuca ciekawe światło na znaczenie nosicieli w szerzeniu się błonicy. Liczby te są zbyt małe, by uważać stosunki powyższe za stałe, są one jednak, jak zobaczymy, bardzo prawdopodobne.

Środowisko. Wiemy, że człowiek jest wrażliwy na błonicę. Dziecko, urodzone z matki, odpornej na błonicę, jest również odporne do 6—12 miesięcy (dzięki antytoksynie, która przez łożysko przechodzi do krwi dziecka). Następnie traci ono antytoksynę i staje się wrażliwe na zakażenie. Czas, kiedy dziecko traci antytoksynę ze krwi — waha się bardzo.



Groer i Kassowitz znaleźli, że dzieci sztucznie odżywiane tracą antytoksynę prędziej niż dzieci odżywiane piersią (1919). A następnie obserwuje się zjawisko odwrotne: odsetek dzieci wrażliwych zmniejsza się, zwiększa natomiast odsetek odpornych. Graficznie możemy przedstawić to w sposób powyżej przedstawiony.

Co jest przyczyną tego zjawiska? Czem wytłumaczyć ciągle zwiększający się odsetek odpornych? Żeby odpowiedzieć na to pytanie należy szczegółowo przeanalizować dane epidemjologiczne błonicy.

Maczugowiec błoniczy jest stale obecny na błonie śluzowej chorych. Ale i zupełnie zdrowe osoby mogą mieć w jamie ustnej maczugowca błonicy. Löffler już w roku 1884 obserwował obecność maczugowca błoniczego u zdrowych osób. Powstaje więc pytanie, jak często spotyka się maczugowce u zdrowych.

Według Ławrynowicza, w zakładach zamkniętych częstość nosicielstwa maczugowców błoniczych waha się od 12,5% do 13,2%.

Dzieci do 1 roku	16,6% w lecie i 29,8% w zimie.
Dzieci od 1 r. do 3-ch	10,7% w lecie i 12,6% w zimie.

Maczugowca błoniczego znajdywano w gardle, w nosie, w wydzielinie z uszu. Nosicielstwo występowało zarówno często u osób Schick — dodatnich jak i u Schick — ujemnych. Nosicielstwo obserwowano 8 razy częściej u osób mających zmiany na błonie śluzowej, niż u osób ze zdrową śluzówką. W poniżej podanej tablicy zestawiono wyniki badań szeregu autorów, podające odsetki nosicielstwa (zjadliwych i niezjadliwych szczepów):

Nazwisko autora	Rodzaj kontaktu	Liczba badanych	Dodatnich %	Zjadliwych %
Graham Smith (1908)	Zdrowe środowisko	2132	2,8	0,18
Sholly (1907)	Dzieci w schronisku (zdrowe)	1000		1,8
Bull i Havans (1923)	Zdrowe środowisko	7790	4,7	1,7
Forbes (1921—1922)	Dzieci szkolne (Londyn)	9200	7,1	2,77
Medical Research Committee (1923)	W otoczeniu chor.	10883	8	7
Sholly (1907)	W otoczeniu chor.	252	10	7
Ławrynowicz	W otoczeniu chor.	8065	8,24	5,5
Ławrynowicz	Szkoły	773	2,9	2
Ławrynowicz	Miejski dom wychowawczy (dzieci do 1 r.)	67	29,8	
Mayzner i Sparrow	Miejski dom wychowawczy	154	20.8	
Medical Research	A) zdrowe środow.	7974	4	0,6
Committee	B) baraki (żołnierze)	610	15	15
Kliewe i Hoffmann	Niemowlęta i dzieci	3272	5,7	
Kusama i Doull	Otoczenie chorych	3449	11,7	6,6

Autorowie rosyjscy (Baszenina, Birger) podają, że w Moskwie w zakładach zamkniętych odsetek nosicielstwa dochodzi do 75%.

Według Friedemanna odsetek nosicielstwa u osesków waha się od 20% do 85%. U dzieci w wieku szkolnym odsetek ten waha się od 1% do 5%. Friedberger uważa maczugowca błoniczego za *"ubiquitaire"*. Doull w Baltimore znalazł w szkołach: w lecie — 1%, w zimie — 3%. Widzimy więc, że na nosicielstwo wpływa szereg czynników, jak pora roku, wiek, stan skupienia, stan śluzówki i że, wahając się bardzo, odsetek nosicielstwa bywa czasami bardzo wysoki.

Powstaje teraz pytanie, jak długo się trzyma maczugowiec błoniczy na błonie śluzowej.

Rosenau mówi, że w 50% wraz z nalotem znikają i maczugowce: na błonie śluzowej trzymają się one więc zaledwie dni kilka. U 5% są obecne do 2-ch miesięcy, a 2 % chorujących pozostaje chronicznymi nosicielami.

Welch na 752 chorych obserwował, że u 325 maczugowce zniknęły w 3 dni po zniknięciu nalotów, u 200 chorych w ciągu 5—7 dni, a u reszty trzymały się do 37 dni, i tylko w kilku przypadkach dłużej.

Simon i Benoit zaznaczają, że maczugowce trzymają się tem dłużej im postać błonicy jest cięższą. Wogóle u dzieci maczugowce trzymają się dłużej niż u dorosłych, a w szczególności długo w wydzielinie nosa u osesków.

Przyczyna znikania maczugowców błoniczych nie jest jeszcze dotychczas z pewnością ustalona i jasna. Prawdopodobnie fagocytoza odgrywa tu najważniejszą rolę. W każdym razie obecność przeciwciał jest bez znaczenia i nosicielstwo występuje jednakowo często u Schick — dodatnich jak i u Schick — ujemnych. Uderzającą jest regularność znikania maczugowców z błony śluzowej ozdrowieńców, przyczem szybkość znikania nie zależy od tego, czy przypadki były leczone czy nie. Zastrzyknięcie surowicy nie wpływa na szybkość znikania.

Hartley i Martin (1919) i Weawer (1921) podają, że regularność znikania maczugowca jest cechą tak zasadniczą, że może być nawet ujętą w formułkę matematyczną, a mianowicie:

$$K = \frac{\log n - \log n'}{t' - t}$$

K — regularność znikania
n — liczba nosicieli w czasie t
n' — liczba nosicieli w czasie t'

Szczególnie są ciekawe doświadczenia Hartley i Martin'a, dokonane na żołnierzach w szpitalu w Rouen. Badali oni ozdrowieńców co kilka dni (4). Osobnik, u którego 3 następujące po sobie badania nie wykryły maczugowców błoniczych — był wypisywany ze szpitala. Czas, kiedy osobnik nie był już nosicielem, był przez nich obliczany, jako połowa czasu od ostatniego pozytywnego badania i pierwszego negatywnego. Mieli oni pod swoją obserwacją 457 osób. Czas znikania maczugowców był następujący:

Dzień obserwacji	Liczba nosicieli	Liczba nosicieli kalkulowana (na podstawie powyższego wzoru).
1	457	457
5	392	401
10	302	310
15	232	242
20	194	189
25	156	147
30	118	115
35	92	89
40	70	70
45	52	54
50	41	42

W tym wypadku „K" równało się 5, czyli codziennie u 5% osób znikały maczugowce z gardzieli. U innych autorów proces znikania postępował z inną szybkością, więc i „K" było inne, np. 8% lub 9%, ale zawsze zachowywana była prawidłowość znikania. Uderzającem tu jest wielkie podobieństwo między liczbami obserwowanemi, a liczbami „kalkulowanemi" na podstawie teorji prawdopodobieństwa. Oznacza to, że proces znikania maczugowców błoniczych odbywa się dzięki całemu szeregowi drobnych, nieuchwytnych, nieznanych nam bliżej, niezależnych od nas przyczyn.

Thomson, Mann, Marriner (1929) badając szybkość znikania maczugowców błoniczych u 1726 osób z błony śluzowej gardzieli znaleźli:

Czas obserwacji	Liczba nosicieli	Liczba nosicieli kalkulowana
Na początku	1726	1726
Po 2-ch tygod.	865	875
3-ch	610	612
4-ch	356	413
5-u	218	267
6-u	132	154 i t. d.

Znaleźli oni, że u małych dzieci maczugowce trzymają się najdłużej.

Bulloch czas trwania maczugowca na błonie śluzowej ozdrowieńców oblicza na 10—12 dni.

Busing w ciągu 4-ch lat (1903—1907) obserwował u 2063 osób, jak długo postać zjadliwa maczugowca trzyma się na śluzówce. Badał on nosicieli w nieregularnych odstępach czasu (od 5 do 17 dni). Okazało się, że:

Czas obserwacji	Liczba nosicieli obserwowana	Liczba nosicieli kalkulowana
Początek	2063	2063
Po 2-ch tygod.	929	850
3-ch	515	557
4-ch	364	356
5-u	205	231
6-u	118	148
7-u	53	94 i t. d.

I w tym przypadku pomimo nieregularności pobierania prób też daje się zauważyć podobieństwo liczb obserwowanych a kalkulowanych.

Przyjąć więc możemy, że czas przebywania maczugowca błoniczego na błonie śluzowej ozdrowieńców równa się średnio 10—14 dniom. Nosicielstwo z nosa nie było tu brane pod uwagę.

Dudley, badając w Greenwich młodych chłopców, znalazł, że maczugowce najdłużej przebywają u osobników, mających zmiany błony śluzowej. Po wyłuszczeniu migdałków — nosicielstwo szybko znikało.

Spróbujmy teraz ustalić, jaki odsetek osób w jakiemś środowisku będzie nosicielami w ciągu pewnego czasu, powiedzmy, roku.

Jeżeli bierzemy kilka rozmaitych środowisk np. szkoły, koszary, otoczenie chorych, i t. d. i stwierdzamy, że jest tam (średnio) 2%, 3%, 4% lub więcej nosicieli i jeżeli wiemy, że średni czas przebywania maczugowca błoniczego na błonie śluzowej gardzieli trwa około 10—14 dni, to możemy w następujący sposób obliczyć liczbę nosicieli na danym terenie w ciągu roku:

$$X = q \frac{t'}{t}$$ gdzie

t — jest średni czas nosicielstwa,
t' — pewien okres czasu, np. rok,
q — odsetek nosicielstwa, któryśmy wykryli,
X — odsetek nosicielstwa na pewnym terenie w ciągu pewnego czasu.

Jeśli przyjąć dla Warszawy q (średni odsetek nosicieli) równe 2, a t (średni czas nosicielstwa) 14 dni, to:

$$X = (2 \times 365) : 14 = 52\%.$$

Jeśli zaś liczyć ludność Warszawy 1 miljon, to się okaże, że w Warszawie w ciągu roku 520.000 osób miało na błonie śluzowej gardzieli maczugowca błoniczego dłuższy lub krótszy czas. Dalej, jeśli przyjąć, że w Warszawie choruje rocznie średnio 1785 osób (w 1928 r. notowano 830 przyp., w 1929 — 1282 przyp., a w r. 1930 — 3247), to wypadnie nam na 1 przyp. błonicy — 290 nosicieli. I to najmniej, gdyż wiemy, że odsetek nosicieli wzrasta z 1) liczbą dzieci, 2) skupieniem ludności, 3) w otoczeniu chorych, 4) wraz z natężeniem epidemii w pewnej miejscowości, 5) w zimie.

Ten niezmiernie duży, na pierwszy rzut oka wprost niewiarogodnie duży odsetek nosicieli tłumaczy nam wiele spraw.

1) Zauważyliśmy, że u niemowląt wraz z wiekiem, (to jest od 6-ciu do 12-tu miesięcy) odsetek Schick ujemnych się zmniejsza, a Schick dodatnich wzrasta. Tłumaczymy to znikaniem antytoksyny ze krwi. Ale później, zaczynając od 1—2 lat odsetek wrażliwych (Schick — dod.) znowu się zmniejsza. Ten proces zmniejszenia się wrażliwych szczególnie szybko odbywa się w wieku 6—7 lat, to jest, gdy dziecko zaczyna chodzić do szkoły.

Następnie odsetek odpornych jest wyższy u dzieci w środowiskach biednych, przeludnionych, niż u dzieci tego samego wieku, lecz ze środowisk zamożniejszych lub ze środowisk wiejskich.

Otóż fakty powyższe będą zrozumiałe dla nas, gdy przypomnimy, że odsetek nosicielstwa jest wyższy w środowiskach przeludnionych, w szkołach, w internatach. Odporność rozwija się tu na skutek zadziałania małych dawek maczugowców błoniczych na błonę śluzową, tak zwanych „sub-infekcyj", to jest takich zakażeń, które wystarczają, jako podnieta do produkcji antytoksyny, nie wystarczające są jednak dla wywołania choroby. Tą drogą odbywa się wielki proces biologiczny tworzenia się odporności środowiska.

2) Moldovan (Rumunja) zwrócił uwagę na jeden bardzo ciekawy fakt. Mianowicie badając źródło zakażenia 6431 przypadków błonicy — tylko w 1,9% dowiódł kontaktu z chorym. Co do reszty przypadków nie można było ustalić źródła zakażenia.

Komitet Higieniczny Ligi Narodów na podstawie ankiety ustalił następujące fakty:

Nazwisko autora.	Liczba przypadków	Odsetek zakażeń kontaktowych.
Moldowan (Rumunja)	6341	1,97%
Haekta (Praga)	12126	1,61%
Lutrario (Italia)	19104	2,48%
Jitta	5130	6,50%
Chodźko		2,50%
Szwecja		3,30%

Badania wywiadów błoniczych w Wydz. Zdrowia m. Warszawy również wykazują, że tylko w rzadkich wypadkach można wykazać kontakt z chorym.

3) Znając przypuszczalną liczbę nosicieli w jakiemś środowisku, przypuszczalny stopień niebezpieczeństwa wskutek zetknięcia się z chorym lub z nosicielem, a następnie liczbę notowanych przypadków błonicy możemy ustalić, jaki odsetek zachorowań powstał wskutek zetknięcia sę z chorym i jaki wskutek zetknięcia się z nosicielem. Mianowicie jeśli:

a) na 290 nosicieli mamy 1 przypadek błonicy,
b) zetknięcie się z chorym jest 12 razy niebezpieczniejsze, niż z nosicielem, to

$$290 : 12 = 24,$$

czyli na 1 przypadek błonicy powstałej wskutek zetknięcia się z chorym, notujemy 24 przypadków błonicy wskutek kontaktu z nosicielem.

Czyli: kontakty dają — 4%, nosiciele — 96% przypadków błonicy. W Warszawie przypadało na kontakty (powtórne przypadki) w 1930 r. — 6.5% a w 1931 r. — 7,2%.

A z tego wyciągamy wniosek następujący:

W chorobach zakaźnych stosujemy w celu ich zapobieżenia odosobnienie i odkażenie. Otóż ta metoda zawiedzie nas zupełnie w błonicy, gdyż *gros* przypadków powstaje bez kontaktu z chorym, a wytropić 500,000 nosicieli — nie sposób. Z drugiej zaś strony walka z nosicielstwem, jako czynnikiem uodporniającym, nie byłaby nawet bardzo pożądana. W błonicy należy więc szukać innych dróg. Jeśli uodpornienie drogą naturalną, przy pomocy sub-infekcyj wymaga ofiar, daje pewną liczbę schorzeń i śmierci, należy zastosować inną metodę: uodpornienie sztuczne.

Dok. nast.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie, rok XLIV, nr. 13, z 1 lipca 1932: St. Karasiński: Wyniki badań poradni przeciwgruźliczej dla młodzieży szkół wyższych za lata 1930 i 1931. — W. Lewiński i Otto: W sprawie pierwotnej marskości wątroby u niemowląt. — A. Puzyrewicz: Próby na całość łożyska. — M. Wiśniewski: O znaczeniu diety małosolnej i bezsolnej.

Nowiny Lekarskie, rok XLIV, nr. 14 z 15 lipca 1932: K. Sawicz: Znaczenie migdałków, ich patologja i leczenie. — Wł. Mikułowski: O znaczeniu kazuistyki klinicznej dla kształcenia pedjatrycznego. — L. Miller: O chorobach allergicznych.

Nowiny Lekarskie, rok XLIV, nr. 15, z 1 sierpnia 1932: Ś. p. Józef Pomorski. — T. Białynicki-Birula: Znakowanie stanów gruźliczych. — A. Sianowski: O transpulminie i innych podobnych gotowych mieszankach.

Lekarz Wojskowy, tom 20, nr. 4, z 15 sierpnia 1932: T. Janiszewski: Wojna obronna ze stanowiska eugeniki. — J. Jasieński: O rakach pierwotnie mnogich i wielocentrowym rozwoju raka. — K. Millak: Zastosowanie katatermometru do badania funkcji cieplnej tkanin odzieżowych (c. d.). — J. Żurkowski i M. Wallach: Sposób wykrywania małych ilości nafty w materjale dostarczonym do badań laboratoryjnych (ropie). — F. Białokur: Lekarze i medycy uczestnicy powstania styczniowego 1863 — 1864 i ich życiorysy (c. d.). — A. Czyżewicz: Służba zdrowia w armji niemieckiej w pierwszych latach wojny światowej (c. d.).

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych, rok VII, nr. 7, z roku 1932: Z. Daszyńska-Golińska: Teoretyczne podstawy ubezpieczeń społecznych. — J. Zawadzki: Ogólne uwagi o projekcie ustawy o ubezpieczeniach społecznych. — W. Żakowski: Ograniczenie czasokresu leczenia w ubezpieczeniach społecznych.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 33, z 14 sierpnia 1932: K. Rodziewicz: Zastosowanie kalorymetru Duboscqu'a do badania wody. — Sprawy zawodowe.

Życie Dziecka, rok I, nr. 3 za czerwiec 1932: I. Schreiber: Wiedeńskie szkoły specjalne. — St. Łyskański: Pionierzy kolonji letnich.

Położna, rok V, nr. 6—8 z roku 1932: Cieszyński: Krzywica (Choroba angielska). — Grzędzielska: O pielęgnowaniu skóry i najważniejszych jej chorobach u noworodków. — Newlińska: Kilka uwag o kile.

Nowiny Społeczno-lekarskie, rok VI, nr. 15—16, z 1 sierpnia 1932: Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — A. Karwowski: Czy Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich stały się nieaktualne? Wobec zapowiedzianych zmian w Ustawie o Izbach Lekarskich.

Młoda Matka, rok VI, Nr. 15—16, z sierpnia 1932: Z. Glińska: Kilka słów o wodzie na wsi. — Z. Glińska: Kilka słów o czerwonce. — M. Gromski: Dzieci nerwowe. VI.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Chirurgja, położnictwo, ginekologja, stomatologja.

Technique chirurgicale. Estomac & Duodénum. PIERRE RHEAUME. str. 260, 234 rycin w tekście. Masson, 1932.

Dzieło jest wynikiem pragnienia autora, by zapoznać chirurgów francusko-europejskich z techniką operacyj żołądkowych stosowaną w Ameryce. We wstępie pomieszczono wiele ciekawych dat historycznych; sprawę Pean-Rydygier-Bilroth I rozstrzyga autor sprawiedliwie z podaniem oryginalnych rycin. Charakterystycznem jest, iż jako jedyny i idealny sposób znieczulenia przy operacjach żołądkowych zostaje opisane znieczulenie ogólne podtlenkiem azotu, a o znieczuleniu miejscowem spotykamy zaledwie krótkie wzmianki. Rozdział o anatomji chirurgicznej żołądka zaopatrzony w doskonałe ryciny jest bardzo pożytecznym dodatkiem. Bardzo cenne są dalsze ustępy o przygotowaniu przedoperacyjnem i leczeniu pooperacyjnem. W części szczegółowej znajdujemy opisy wielu u nas mało lub całkiem nieznanych operacyj. Do tych należą rozszerzona enteropeksja Coffey'a - Waugh'a, gastropeksja Lambreta, z pomiędzy gastrostomij interesująca metoda Depage Janeway'a objaśniona licznemi fotografjami. Wśród metod zespolenia żołądkowo-jelitowego zajmuje nas zmodyfikowany guzik Murphy'ego oraz zespolenie z poprzecznym przekrojem jelita. Technikę „degastroenterostomizacji" objaśniają piękne ryciny. Szczególnie dużo miejsca poświęcono resekcjom termino-terminalnym uwzględniając technikę takich autorytetów jak Mayo i Horsley; w rozdziale tym najwięcej interesująca jednak jest francuska technika *„En gouttière"* Pauchet'a i „teleskopowa" Babcocka. Wśród opisów resekcyj z zespoleniem gastrojejunalnem (Bilroth II i pochodne) wyróżnić należy nadzwyczaj piękne ryciny przestrzenne, objaśniające wszelkie odmiany operacji. Zupełne wycięcie żołądka, torakolaparotomja metodą autora dla operacji przepuklin przeponowych oraz ciekawe i charakterystyczne dla chirurgji amerykańskiej operacje zachowawcze Finney'a i Horsley'a są przedmiotem dalszych zajmujących rozdziałów. Osobny ustęp poświęcono technice zabiegu przy wrodzonym przeroście odźwiernika według Fredet'a. Prócz tego autor zaznajamia nas z niektóremi ciekawemi a rzadszemi operacjami jak duodeno-jejunostomją (Delbet), a nadzwyczaj korzystnym jest ustęp o tak mało u nas znanej duodeno-jejunostomji. Uderza nieco opis wyłączenia odźwiernika *(exclusio)*, operacji w Europie prawie zupełnie zarzuconej — a brak t. zw. resekcji łagodzącej (paliatywnej). W zakończeniu podano technikę usuwania kamienia z przewodu żółciowego wspólnego przez dwunastnicę. Główną zaletą całości są bardzo liczne i piękne, w znacznej części siatkowe ryciny. Jakkolwiek wiele z opisanych operacyj ma swoje prototypy w operacjach znanych w Europie a zwłaszcza w Niemczech — każdy chirurg przeczyta tę monografję z wielkiem zainteresowaniem i korzyścią.

Hilarowicz (Lwów).

Kliniczno-anatomiczne badania materjału guzów jajnikowych kliniki w Kiel. TIETZE. Archiv. f. Gyn. T. 146. z. 2.

Wśród obfitego materjału było 12 guzów jajnikowych u kobiet po menopauzie, którym towarzyszyły krwawienia maciczne. U wszystkich tych chorych błona śluzowa macicy wykazywała wyraźne cechy hiperplazji. Grupa 3 pierwotnych i 1-go następowego raka jajnika okazywała słabą żywotność błony śluzowej macicy pod postacią lekko pokręconych gruczołów o silnie zbitym nabłonku i zagęszczeniu warstwy podstawowej. Do drugiej grupy zalicza autor 4 guzy o budowie komórek ziarninowych, 3 guzy atypowe i 1 przypadek następowego raka jajnika. W przypadkach tych stwierdził nienormalną budowę błony śluzowej macicy pod postacią wyraźnej hiperplazji gruczołowo-torbielowatej. W przypadkach grupy pierwszej *myometrium* i jajowody były normalne (odpowiednio do wieku chorych), natomiast w przypadkch grupy drugiej stwierdził autor hiperplazję mięśni macicy i wysoko bujający nabłonek w jajowodach. Nabłonek ten znajdował się zatem w pierwszej fazie czynności, która odpowiadała stanowi czynnemu błony śluzowej macicy. Ten sam stan stwierdził w owych 3 atypowych guzach. Jakichś pewnych prawideł w tym kerunku nie można ustalić, gdyż wsteczne działanie guzów jajnikowych na resztę narządu rodnego cechowały raczej znaczne wahania i mnoga różnorodność.

K. B. (Lwów).

W sprawie naczyń wolno przebiegających na powierzchni mięśniaków. MESTITZ. Archiv. f. Gyn. T. 146. z. 2.

W piśmiennictwie znane są dotąd 2 podobne przypadki. Autor opisuje nowe 2. We wszystkich przypadkach chodziło o mięśniaki rozrastające się ekscentrycznie i w których wskutek pęknięcia otrzewnej zostały odsłonięte naczynia przebiegające na powierzchni mięśniaków. W jednym z przypadków autora naczynia te biegły jak wolne postronki przez jamę brzuszną do przydatków. Klinicznie nie stwierdzono żadnych objawów tej nieprawidłowości. Objawy te mogą atoli wystąpić w razie pęknięcia takiego naczynia lub zadzierżgnięcia na niem pętli jelit. Opisane są przypadki pęknięcia otrzewnej na powierzchni mięśniaka nawet na znaczniejszej przestrzeni (bez odsłonięcia atoli naczyń). Tylko w przypadkach nagłego pęknięcia otrzewnej występują objawy otrzewnowe. Co do przyczyn powstawania tych pęknięć to gra tu rolę obok utraty elastyczności otrzewnej nagłe zwiększenie się pojemności guza. Rzadkie bardzo są przypadki pęknięcia naczyń, którego zwykle się nie rozpoznaje.

K. B. (Lwów).

Cztery przypadki mięsaka macicy wychodzącego z włókien mięsnych gładkich. S. R. MEAKER (Boston, Mass). Amer. Journ. of Obst. a. Gyn. V. XXII. Nr. 3.

Jest to nowotwór występujący w 1% wszystkich mięśniaków macicy. Jakkolwiek wszystkie te guzy wykazują histologicznie pewien stopień złośliwości, tylko niektóre z nich objawiają swą złośliwość klinicznie. Niemniej jednak wszystkie je należy traktować jako bardzo złośliwe, niesposób bowiem odróżnić degenerację histologiczną od klinicznej złośliwości. Składa się na to duże podobieństwo tego nowotworu do mięśniaków wychodzących z mięśni gładkich, drobnowidowo zaś spostrzega się wielką rozmaitość komórek.

Rozpoznanie nowotworu napotyka na znaczne trudności zarówno przed jak i w czasie operacji. Autor poleca każdą wyciętą z powodu mięśniaków macicę natychmiast przeciąć i oglądnąć przed ukończeniem operacji, aby ewentualnie można było wykonać operację radykalną. O ile nowotwór zostanie stwierdzony już po wykonaniu nadpochwowego odcięcia macicy, należy do szyi założyć rad. Po operacji radykalnej wystarczy tylko naświetlanie promieniami Roentgena.

Wiślański (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Protokół

plenarnego posiedzenia Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przy Ministrze Spraw Wewnętrznych, które się odbyło w dniu 11 maja 1931 r. w Departamencie Służby Zdrowia, przyjęty na plenarnem posiedzeniu Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia w dniu 30 maja 1932 roku.

Zebranie zaszczycił swoją obecnością P. Minister Spraw Wewnętrznych Dr. Felicjan Sławoj-Składkowski.

Przewodniczy: Dr. Eugenjusz Piestrzyński.

Protokół prowadzi: H. Rawicz-Szczerbo.

P. Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia otwiera czwarte plenarne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

Porządek dzienny zostaje przyjęty w brzmieniu następującem:

1) Zatwierdzenie protokółu posiedzenia Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, odbytego w dniu 28 kwietnia 1930 r.

2) Sprawozdanie z działalności Sekcyj Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

3) Utworzenie sekcji do międzynarodowych spraw sanitarnych (ref. Dr. J. Sęczyc, Radca ministerjalny w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych).

4) Projekt nowelizacji ustawy z dnia 19 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej (Dz. U. R. P. Nr. 105, poz. 762) (ref. p. W. Wojnarski, referendarz w Min. Spraw Wewnętrznych).

5) Projekt ustawy o ratownictwie (ref. p. Dr. Sęczyc, Radca ministerjalny w Min. Spraw Wewnętrznych).

6) Rewizja przepisów, normujących wyrób i obrót preparatów organoterapeutycznych (rozporządzenie z dnia 19 kwietnia 1923 r. Dz. U. R. P. Nr. 63, poz. 476). (ref. p. J. Podbielski, Radca ministerjalny w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych).

7) Sprawa walki z nadużyciem środków odurzających (ref. p. Mg. Sokolewicz, Naczelnik Wydziału w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych).

8) Sprawa dopuszczenia do obrotu jabłek nakrapianych arsenem i jego związkami (ref. p. Dr. Kowalczewski, Naczelnik Wydziału w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych).

9) Wolne wnioski.

1. Przyjęto bez poprawek protokół posiedzenia Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 28 kwietnia 1930 roku.

2. *Sprawozdania z działalności Sekcyj Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia za czas od 28 kwietnia 1930 r. do 11 maja 1931 r.*

Sprawozdanie z działalności Sekcji do zwalczania chorób wenerycznych (posiedzenie tej Sekcji odbyło się dnia 22 października 1930 roku).

Dr. Borkowski, inspektor lekarski, w sprawozdaniu swem uzasadnia potrzebę koordynacji między państwem i samorządem w dziedzinie zwalczania chorób wenerycznych. Proponuje, aby Związek Przeciwweneryczny nadał kierunek koordynacyjny całej akcji przeciwwenerycznej.

Prof. Dr. Ciechanowski znajduje, iż w danym wypadku występuje jako czynnik koordynacyjny Sekcja Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia; egzekutywa należy do Rządu, wobec czego mówca wypowiada się przeciwko projektowi Dr. Borkowskiego, gdyż nie widzi potrzeby odstąpienia części agend Związkowi Przeciwwenerycznemu.

Dr. Koszutski zwraca uwagę na konieczność wydania ustawy przeciwwenerycznej, która będzie stanowić podstawę całej akcji przeciwwenerycznej.

Dr. Piestrzyński wyjaśnia, iż na samorządy w obecnej chwili nie można nakładać nowych ciężarów, co do pewnego stopnia powoduje zwłokę w wydaniu ustawy przeciwwenerycznej.

Dr. Kłuszyński informuje o zarządzeniach, które wydał Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych w walce z kiłą. Kasy Chorych dążą do prowadzenia ewidencji chorych wenerycznie oraz do racjonalnego leczenia tych chorych.

Sprawozdanie Sekcji do spraw szpitalnictwa. (Posiedzenie tej Sekcji odbyło się w dniu 25 czerwca 1930 r.).

Referuje p. Prökl, Radca ministerjalny w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, który zaznacza, iż najważniejsze postulaty Sekcji znalazły swój wyraz w odnośnych postanowieniach rozporządzenia wykonawczego do rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr. 38 poz. 362), a mianowicie dotyczące podziału szpitala na klasy; ponadto zgodnie z dezyderatami Sekcji dodano postanowienie o jednorocznej praktyce szpitalnej.

Dr. Koszutski zwraca uwagę na sprawę praktykantów, gdyż dotychczas sprawa ta budziła pewne nieporozumienie; praktykantów należy kształcić i nie wolno uważać ich za pracowników.

Dr. Piestrzyński wyjaśnia, iż zmiana rozporządzenia wykonawczego wyżej omawianego nie byłaby wskazana.

Sprawozdanie Sekcji do zwalczania gruźlicy. (Posiedzenie Sekcji odbyło się dnia 15 października 1930 r.).

Dr. Skokowska-Rudolfowa podaje etapy walki z gruźlicą:

1) popieranie wszelkich poczynań akcji przeciwgruźliczej,

2) organizowanie całego kompleksu wojewódzkich organizacyj przeciwgruźliczych,

3) przygotowanie personelu do instytucyj przeciwgruźliczych,

4) organizacja zakładów przeciwgruźliczych.

Obecnie coraz większe znaczenie zaczyna posiadać metoda zabiegów terapeutycznych. Ostatnia konferencja w Oslo wprowadziła nowe zasady w zwalczaniu gruźlicy. Nad wysuniętemi postulatami Sekcja dyskutowała na ostatniem posiedzeniu.

Dr. Piestrzyński zaznacza, iż część tych wskazań była już stosowana w życiu, samorządy obecnie rozbudowują te przychodnie.

Dr. Kłuszyński zaznajamia z nowym systemem budownictwa sanatoryjnego w Anglji, który obecnie jest już stosowany przez Związek Kas Chorych. O ile dokonane próby wykażą dodatnie rezultaty, będzie to znacznem potanieniem kosztów leczenia gruźlicy.

Dr. Zawadzki podkreśla, iż najważniejszą kwestją jest kwestja mieszkaniowa, mówca wnosi o powzięcie następującej uchwały:

„Państwowa Naczelna Rada Zdrowia na posiedzeniu w dn. 11 maja 1931 r. stwierdza, iż walka z gruźlicą oraz chorobami zakaźnemi wogóle jest wysoce utrudniona skutkiem panującego głodu mieszkaniowego i w znacznej mierze byłaby ułatwiona przez rozstrzygnięcie sprawy mieszkaniowej w miastach i dostarczenie zdrowych mieszkań szerokim warstwom ludności".

Wniosek powyższy został uchwalony.

Sprawozdanie z Sekcji do zwalczania chorób zakaźnych. (Posiedzenie Sekcji odbyło się w dniu 8 października 1930 r.).

Referuje Dr. Palester, Naczelnik Wydziału, który zaznacza, iż nastąpił spadek chorób zakaźnych, nietylko ospy, ale i tyfusu brzusznego, czerwonki i zapalenia opon mózgowych.

Natomiast w tym czasie nastąpił wzrost chorób zakaźnych dziecięcych, a to płonicy, błonicy i odry. W bieżącym roku zastosowano po raz pierwszy na nieco większą skalę szczepienia zapobiegawcze przeciw tyfusowi plamistemu Prof. Dr. Weigla, jednakże wobec małej ilości wyprodukowanej szczepionki ograniczono się narazie tylko do zaszczepienia personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i dezynfekcyjnego, a więc osób, które są na zakażenie się tyfusem plamistym najbardziej narażone. Na 400 takich osób szczepionych był tylko jeden przypadek zapadnięcia na tyfus plamisty o bardzo łagodnym, prawie poronnym przebiegu.

W sprawie pracowni analitycznych, która to sprawa była również rozpatrywana na posiedzeniu Sekcji z dnia 8 października 1930 roku, mówca zaznacza, iż sprawa ta nie jest jeszcze unormowana ustawodawstwem polskiem, albowiem nadal obowiązują przepisy państw zaborczych. W związku z tem Państwowa Szkoła Higjeny urządziła kursy dla lekarzy, chemików, farmaceutów i przyrodników celem ich przeszkolenia.

Prof. Dr. Ciechanowski zabiera głos w sprawie szczepionek Prof. Dr. Weigla i uważa za wskazane poczynienie starań celem zainteresowania zagranicy tym wiekopomnym wynalazkiem; ponadto porusza sprawę ziarnicy złośliwej i stawia w tej sprawie następujący wniosek:

„Wobec wyraźnego przyrostu przypadków ziarnicy złośliwej *(lymphogranulomatosis)*, która jest niewątpliwie chorobą zakaźną, chociaż o nieznanym zarazku, wkraczająca do ustroju przez przewód pokarmowy lub oddechowy, należy wziąć w rachubę obowiązek donoszenia o przypadkach tej choroby". Wniosek powyższy przekazać Sekcji chorób zakaźnych.

Wniosek ten zostaje uchwalony.

W sprawie pracowni analitycznych Prof. Dr. Ciechanowski, Prof. Dr. Sieradzki i Dr. Koszutski zgłaszają następujące wnioski:

1) Sekcja zwalczania chorób zakaźnych sprecyzuje, jakie kursy specjalne i jakie egzaminy mają przechodzić kandydaci na kierowników pracowni, także lekarze.

2) Badania hematologiczne, histopatologiczne i sądowo-lekarskie muszą być zastrzeżone wyłącznie specjalistom-lekarzom, badania zaś bakterjologiczne w pierwszym rzędzie.

3) Pracownie analityczne nie powinny przyjmować analiz wprost od pacjentów, lecz tylko na zlecenie lekarza ordynującego.

Zebranie uchwaliło przekazać wnioski do rozpatrzenia Sekcji.

Prof. Dr. Padlewski porusza kwestję zaopatrzenia ludności w zdrowe mleko.

Dr. Kłuszyński wskazuje, iż wszystkie Kasy Chorych objęte są nakazem, aby wstawiały do swoich budżetów osobne kredyty na szczepienia ochronne.

Prof. Dr. Padlewski wypowiada się przeciwko ograniczeniu chorego, dotyczącego kierowania do analizy materjału jedynie przez lekarza.

Dr. St. Mozołowski zabiera głos w sprawie propagandy zagranicznej, zaznaczając, iż Naczelna Izba Lekarska zamierza w szczupłym zakresie prowadzić propagandę zagraniczną.

Prof. Dr. Ciechanowski w tej sprawie zaznacza, iż Akademja Krakowska stworzyła Wydział lekarski i prosi, aby wszystkie dzieła lekarskie były skierowywane do Akademji Umiejętności.

Sprawozdanie z Sekcji do zwalczania raka.

Referuje Dr. Sęczyc, Radca ministerjalny.

Sekcja zwalczania raka na posiedzeniu, odbytem w dniu 17 września 1930 r., w wyniku przeprowadzonej wyczerpującej dyskusji nad sprawą opracowania ustawy przeciwrakowej doszła do wniosku, że opracowanie rzeczonej ustawy nie jest aktualne. Zachodzi tu bowiem brak uzasadnienia naukowego do wydania jakiegokolwiek nakazu lub zakazu co do stosowania pewnych środków ochronnych przeciw szerzeniu raka, zważywszy, że istota komórki rakowej nie jest dotychczas wyjaśniona, a w szczególności, że nie zostało ustalone, czy chodzi tu o etjologję zakaźną, lub dziedziczności, drażnienia, lub diatezy.

Przeto należy szukać innych dróg, pozwalających ująć praktycznie zagadnienie zwalczania raka w oparciu o zasady naukowe chwili obecnej oraz o możliwości materjalne i osobowe, na które możemy liczyć.

Celem opracowania dotyczących wytycznych wyłoniła Sekcja ze swojego grona specjalną Komisję, do której weszli pp. Prof. Dr. Czyżewicz, Doc. Dr. Sterling-Okuniewski, a z ramienia Ministerstwa Dr. Sęczyc.

Komisja ta zebrała się 2 kwietnia r. b. i poddała sprawę zwalczania raka szczegółowemu rozpatrzeniu, dochodząc do następujących wyników:

Walka z rakiem na podstawie obecnego stanu nauki powinna polegać na jak najdalej idącem ułatwieniu względnie przyśpieszeniu rozpoznania choroby i jej leczenia. Działalność ta powinna iść w parze z uświadomieniem społeczeństwa co do uleczalności raka w okresie wczesnym jego rozwoju.

W celu nadania planowości dotyczącej akcji należy dążyć do uzyskania możliwie dokładnych danych statystycznych, któreby rzucały światło na geografję raka w Polsce, uwidoczniając okolice, w których choroba ta występuje liczniej.

Będąc w posiadaniu wiadomości o okolicach, wykazujących większe nasilenie liczbowe co do zapadania na raka, należałoby w tych okolicach, w oparciu przedewszystkiem o szpitale publiczne lub inne nadające się ku temu zakłady lecznicze, urządzić stacje rozpoznawcze lub rozpoznawczo-lecznicze, rozporządzające kilkoma łóżkami, i wyposażyć zakłady te w aparaty Roentgena, ewentualnie również w siły operacyjne.

Przyjmuje się, że bardzo łatwe do rozpoznania i leczenia przypadki będą załatwiane wprost przez lekarza praktykującego. Przypadki, co do których rozpoznanie lub leczenie wymaga zabiegów, niemożliwych do wykonania na miejscu, lekarz praktykujący kierować będzie do stacji przeciwrakowej.

Przypadki wreszcie, aczkolwiek uleczalne, z któremi wszelako stacja nie jest w stanie uporać się czyto z przyczyny, że wymagają stosowania radu, którego stacja nie posiada, czyto z przyczyny ich usadowienia, utrudniającego leczenie, lub z innych powodów, należałoby kierować do klinik uniwersyteckich albo do specjalnych zakładów rakowych. W ten sposób kliniki uniwersyteckie i specjalne zakłady rakowe otrzymywałyby materjał przebrany i stawałyby się ogniskami badań naukowych nad zagadnieniem raka.

Dla przypadków nieuleczalnych gminy powinny prowadzić przytułki.

Miasta uniwersyteckie, posiadające w odpowiedniej liczbie zakłady lecznicze i zapobiegawcze, więc poradnie, przychodnie i szpitale, liczące każdy po kilka łóżek dla chorych, dotkniętych rakiem, dają wszelkie możliwości sprawnego funkcjonowania planowej akcji przeciwrakowej. W szczególnej mierze dotyczy to miast, będących siedzibą specjalnych zakładów rakowych badawczo-leczniczych. Wymagane jest tylko zharmonizowanie tych wysiłków.

Co do Warszawy plan takiej harmonijnej współpracy ułożony zostanie przez Polski Komitet zwalczania raka. Plan ten będzie ewentualnie mógł posłużyć za wzór dla wdrożenia analogicznych akcyj w innych naszych miastach uniwersyteckich z odchyleniami, podyktowanemi przez warunki lokalne.

Wreszcie Komisja oświadczyła się za tem, ażeby narazie, wobec szczupłości funduszów, przeznaczonych na walkę z rakiem, wszelkie te fundusze użyte zostały w celu dokończenia będącej w toku budowy Instytutu Curie-Skłodowskiej w Warszawie i przyśpieszenia uruchomienia tego instytutu.

Zebranie uchwaliło wniosek treści następującej:

„Naczelna Rada Zdrowia przyjmuje do wiadomości sprawozdanie Sekcji do zwalczania raka z odbytych narad, celem ustalenia planu prowadzenia dotyczącej walki, i przyłącza się do przedstawionych w tym względzie przez Sekcję do zwalczania raka wniosków".

Sprawozdanie Sekcji do spraw zdrojowisk i uzdrowisk. (Posiedzenie Sekcji odbyło się w dniu 12 listopada 1930 r.).

Referuje Dr. P r z y w i e c z e r s k i, Naczelnik Wydziału.

Sekcja zastanawiała się nad naukowem badaniem wód mineralnych i doszła do wniosku, iż należy stworzyć instytut balneologiczny; organ taki z natury rzeczy winien mieć charakter fachowy, oraz posiadać pewien fundusz. Sekcja uchwaliła powyższą zasadę z prośbą, aby Departament Służby Zdrowia zajął się tą sprawą. Departament Służby Zdrowia doszedł do wniosku, że fundusz uzdrowiskowy może być stworzony z funduszu eksportowego.

Prof. Dr. C i e c h a n o w s k i stwierdza, iż opłaty mogłyby stworzyć fundusz uzdrowiskowy.

Dr. K ł u s z y ń s k i zabiera głos w sprawie protokółu posiedzenia Sekcji do spraw zdrojowisk i uzdrowisk z dnia 12. XI. 1930 r. Kasy Chorych nie mogą stosować wód mineralnych, bo wody nasze są za drogie, należałoby używać mechanicznego napełniania butelek.

Prof. Dr. S i e r a d z k i wskazuje, iż w protokóle posiedzenia Sekcji do spraw zdrojowisk i uzdrowisk zaznaczono, iż bardzo wiele wód nie posiada dostatecznych analiz. Należy temu zapobiec, choćby w drodze rozporządzenia, nakazującego, by najdalej do roku zdrojowiska krajowe przedłożyły wynik badania wody zdrojowej według nowoczesnych metod naukowych.

Prof. Dr. G a n t k o w s k i zaznacza, że dla podkreślenia naszych uzdrowisk należy robić wizje lokalne, a to ze względu na propagandę.

Pkt. 3. Utworzenie Sekcji do międzynarodowych spraw sanitarnych.

Referuje Dr. S ę c z y c, który uzasadnia konieczność utworzenia Sekcji do międzynarodowych spraw sanitarnych.

W wyniku dyskusji uchwalono utworzyć wymienioną wyżej Sekcję.

Pkt. 4. Ustawa o praktyce lekarskiej. (Posiedzenia Sekcji odbyły się w dn. 29 października, 19 listopada, 10 grudnia 1930 r. oraz 21 stycznia i 11 marca 1931 r.).

P. W o j n a r s k i zreferował projekt ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, motywując zmiany i uzupełnienia.

Po otwarciu dyskusji przez przewodniczącego, rozpatrywano kolejno zmiany w poszczególnych artykułach.

Prof. Dr. C i e c h a n o w s k i uznał projekt ustawy, a w szczególności definicję praktyki lekarskiej, za zupełnie zadowalniający stan lekarski za wyjątkiem niektórych drobnych poprawek.

W art. 1 pkt. a proponuje skreślić „i uprawnionym technikom dentystycznym".

Pkt. b, dotyczący felczerów, proponuje przenieść na koniec ustawy do przepisów przechodnich.

Dr. St. M o z o ł o w s k i stawia wniosek odroczenia rozpatrywania projektu niniejszej ustawy do czasu opracowania ustawy o Izbach Lekarskich, jako ściśle ze sobą wiążących się.

Prof. Dr. C z y ż e w i c z oponuje i podkreśla, że ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej dojrzała, że ustawa o Izbach Lekarskich obowiązuje i w razie oddzielnego uchwalenia ustawy o praktyce lekarskiej nie zaistnieje luka, oraz że zupełnie możliwe i wskazane jest jak najrychlej wydać nową ustawę o wykonywaniu praktyki lekarskiej, i stawia wniosek o rozpatrzenie projektu ustawy przez Radę.

Wniosek Dr. M o z o ł o w s k i e g o Państwowa Naczelna Rada Zdrowia większością głosów odrzuciła.

Ponadto Dr. M o z o ł o w s k i podkreślił, że przez opuszczenie w ustępie ostatnim artykułu pierwszego zdania, stwierdzającego, że do współdziałania w wykonywaniu ustawy są powołane Izby lekarskie, a figurującego w dawnej ustawie, istnienie Izb lekarskich zostaje zawieszone.

Prof. Dr. S i e r a d z k i wskazuje na trudność definicji praktyki lekarskiej i określenia partactwa lekarskiego. Mówca proponuje taksatywnie wymienić w ustawie punkty, przy istnieniu których partactwo lekarskie zaistnieje, a opierające się na faktach zarobkowości, częstotliwości i powszechności tego zjawiska.

Prof. Dr. C i e c h a n o w s k i oponuje i popiera swoje poprzednie stanowisko.

Dr. Z a w a d z k i nie widzi możności znalezienia lepszej definicji od tej, którą projekt podaje.

Płk. Dr. J a c e w s k i stawia wniosek oddania nadzoru nad praktyką lekarską nad osobami wojskowemi w wojsku Ministrowi Spraw Wojskowych.

Dr. Z a w a d z k i oponował, uważając za konieczne utrzymanie jednolitego nadzoru nad praktyką lekarską w całem państwie. Wyłamywanie się wojska może pociągnąć za sobą postawienie równie słusznych żądań przez inne Ministerstwa, coby się niewątpliwie niekorzystnie odbiło w życiu codziennem i stworzyłoby chaos w tej dziedzinie.

Prof. Dr. C z y ż e w i c z całkowicie przyłączył się do wywodów poprzednika.

Płk. Dr. J a c e w s k i podtrzymuje nadal swój wniosek, obalając zarzuty przeciwników tem, że Ministerstwo Spraw Wojskowych pracuje w zupełnie innych warunkach od pozostałych Ministerstw.

W głosowaniu przyjęto poprawkę Prof. C i e c h a n o w s k i e g o odnośnie skreślenia w pkt. a „i uprawnionych techników dentystycznych", i Dr. M o z o ł o w s k i e g o co do przywrócenia ustępu o współdziałaniu przy wykonywaniu ustawy Izb Lekarskich. Pozostałe wnioski odrzucono.

Do art. 2.

Prof. Dr. S i e r a d z k i proponuje skreślenie pkt. d, jako negatywnego.

P. W o j n a r s k i oponuje, jak również Dr. Z a w a d z k i wypowiada się za brzmieniem projektu ministerjalnego.

Do art. 4.

Prof. Dr. C i e c h a n o w s k i proponuje skreślić pkt. b ze względu na nostryfikację. Ewentualnie należałoby wszystkie wyjątki szczegółowo wymienić.

Do art. 6.

Prof. Dr. S i e r a d z k i wnosi o skreślenie ust. 1 i 2 art. 6, uważając, że w czasach pokoju nie zachodzi konieczność umieszczenia tych postanowień.

Po przeprowadzonej dyskusji ostateczną redakcję art. 6 pozostawiono do uzgodnienia Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Departamentowi Służby Zdrowia).

Do art. 8.

Prof. Dr. C i e c h a n o w s k i proponuje dodać po wyrazach „po wysłuchaniu opinji Naczelnej Izby Lekarskiej" wyrazy: „i Wydziałów lekarskich w porozumieniu z Ministerstwem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego".

Prof. Dr. Czyżewicz podkreśla, że Wydziały lekarskie Uniwersytetów polskich winny mieć głos narówni z Izbą lekarską.

Dr. Koszutski wypowiada się za skreśleniem ustępu ostatniego art. 8; wniosek Dr. Koszutskiego zostaje przyjęty.

Do art. 9.

Mag. Dr. Jan Poratyński wypowiada się za skreśleniem: „sprzedaży środków leczniczych" ze względu na to, że ustawa traktuje o wykonywaniu praktyki lekarskiej i postanowienie to nie jest odpowiednio umieszczone. Mówca proponuje wykreślić wyraz: „sprzedaż" i dodać: „jako czynnik decydujący Powszechne Towarzystwo Farmaceutyczne".

W wyniku dyskusji, w której biorą udział Prof. Dr. Ciechanowski, proponujący dodanie wyrazów „z wyjątkiem w prasie fachowej lekarskiej", Prof. Dr. Czyżewicz, wypowiadający się przeciwko umieszczaniu „Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego", art. 9 zostaje przyjęty w brzmieniu proponowanem.

Do art. 12.

Prof. Dr. Czyżewicz wypowiada się do pkt. d art. 12, zaznaczając, że należy dodać: „z wyjątkiem, kiedy osoba leczyła się u niego prywatnie", gdyż obecna stylizacja jest sprzeczna ze stanowiskiem, zajętem przez Sekcję administracyjną.

Prof. Dr. Sieradzki zaznacza, że obecna procedura karna nie uwalnia lekarza jako świadka przed składaniem zeznań, wobec czego zachodzi konieczność znowelizowania procedury karnej, ewentualnie wstawienia do tej ustawy postanowień, któreby dawały możność lekarzowi nieświadczenia przed sądem.

Prof. Dr. Czyżewicz podkreśla, że lekarze winni być zwolnieni od obowiązku składania zeznań, jak są zwolnieni adwokaci.

Prof. Dr. Sieradzki znajduje, iż byłoby wskazane umieścić w projektowanej ustawie wszystkie postanowienia, które odnoszą się do wykonywania zawodu lekarskiego.

Do art. 13.

P. Mag. Dr. Poratyński zaznacza, iż ustawa o praktyce lekarskiej zazębia się o ustawę aptekarską, wobec tego należałoby dodać, iż lekarz, posiadający dyplom aptekarza, nie może występować jako aptekarz, przyczem należałoby dodać postanowienie treści następującej: „Łączenie tych czynności może nastąpić w drodze indywidualnych uprawnień".

Prof. Dr. Ciechanowski wypowiada się przeciwko wnioskowi p. Mag. Poratyńskiego.

Art. 13 zostaje przyjęty w brzmieniu proponowanem.

Art. 19.

Dr. Kluszyński znajduje, że w postanowieniach tego artykułu brak jest postanowień, tyczących instytucyj ubezpieczeń społecznych.

Prof. Dr. Sieradzki wnosi o skreślenie ustępu ostatniego art. 19.

Dr. Mozołowski wypowiada się przeciwko wnioskowi Dr. Kłuszyńskiego.

Dr. Koszutski zapytuje, dlaczego samorządowe stanowiska mają być wykluczone. Należy wykreślić wyrazy „i samorządowe", państwowe zostawić.

Wniosek co do skreślenia wyrazów „i samorządowe" został przyjęty większością głosów.

Art. 20.

Dr. Poratyński proponuje dodanie postanowień, któreby wyraźnie zaznaczały, iż w praktyce lekarskiej nie należy używać takich środków leczniczych, które nie są dopuszczone do obrotu w Państwie Polskiem.

Dr. Mozołowski wypowiada się przeciwko podobnym postanowieniom.

Przewodniczący, reasumując wyniki dyskusji, zaznacza, iż projekt ustawy został przez plenarne posiedzenie przyjęty.

Sprawa dopuszczenia do obrotu jabłek, nakrapianych arsenem i jego związkami.

Referuje Dr. Kowalczewski, Naczelnik Wydziału.

Brak jabłek produkcji krajowej w wyniku ostrej zimy 2 lata temu spowodował w końcu u. r. wzmożony import tego artykułu żywności z poza granic kraju, mianowicie ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. Import ten rozpoczął się w listopadzie 1930 r. i trwał do dnia 1 maja r. b., t. j. do dnia prekluzyjnego.

Zbadana próba jabłek, pobrana z jednego z pierwszych transportów, w Państwowym Zakładzie badania żywności w Warszawie wykazała zawartość arsenu w skórkach jabłek.

Ministerstwo zmuszone było zająć przeto stanowisko w tej sprawie. Prowizorycznie została ustalona, jako najwyższa dopuszczalna zawartość arsenu w 1 kg jabłek do 1 mg (w przeliczeniu na arszenik), biorąc za podstawę normę angielską.

Dr. Piestrzyński prosi Sekcję o wypowiedzenie się w tym kierunku — import jabłek obecnie już skończył się, ale chodzi o ustalenie zasad, jakiemi należy się kierować w przyszłości.

Prof. Dr. Modrakowski wypowiada się przeciwko wpuszczeniu kwestjonowanych jabłek do obrotu, gdyż normy arsenu trudno jest ustalić, a bywają różne idjosynkrazje — ewentualnie jako maksymalną normę należy ustalić 1 mg.

Prof. Dr. Ciechanowski podtrzymuje wniosek Prof. Modrakowskiego co do zupełnego zakazu wwozu jabłek, nakrapianych arsenem.

Dr. Zawadzki uzasadnia negatywne stanowisko do wwozu jabłek arsenowych, natomiast przemawia za wwozem owoców południowych.

W zakończeniu dyskusji przyjęto wniosek następujący:

„Zważywszy, że spożywanie owoców, zawierających związki arsenu, może być wysoce szkodliwe dla zdrowia, Państwowa Naczelna Rada Zdrowia zwraca się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o wydanie całkowitego zakazu wprowadzania do obiegu dla spożycia owoców i przetworów owocowych, zawierających jakiekolwiek ilości związków arsenu oraz owoców i przetworów owocowych, zawierających inne związki trujące, natomiast prosi o spowodowanie ułatwienia dowozu owoców południowych".

Pkt. 5. *Projekt ustawy o ratownictwie* zostaje zdjęty z porządku dziennego.

Pkt. 6. *Projekt rozporządzenia o preparatach organoterapeutycznych.*

Referuje p. Podbielski, Radca ministerjalny, podkreślając główniejsze zmiany projektu w stosunku do poprzedniego rozporządzenia, a mianowicie:

1) uzyskiwanie zezwoleń na wypuszczanie do obiegu organopreparatów,

2) oznaczanie zmian na opakowaniach niektórych organopreparatów,

3) umieszczanie daty wyrobu na opakowaniach,

i prosi o wypowiedzenie się co do mieszanek preparatów organoterapeutycznych.

Państwowa Naczelna Rada Zdrowia wypowiedziała się, aby zamiast umieszczania na opakowaniach daty wyrobu, umieszczać datę ważności i aby nie zezwalać na mieszanki organopreparatów.

Pkt. 7. *Sprawę walki z nadużyciem środków odurzających* — uchwalono odesłać do Sekcji farmaceutycznej.

Przewodniczący Dr. Piestrzyński w zakończeniu obrad zaznacza, iż istnieje uzasadniona dążność do scalenia w jednem Towarzystwie Higjenicznem poszczególnych towarzystw, mających zadania higjeniczne na względzie, wobec czego mówca wnosi o przyjęcie następującej uchwały:

„Państwowa Naczelna Rada Zdrowia uważa za bardzo wskazane poczynanie w Towarzystwie Higjenicznem w kierunku scalenia w jednem towarzystwie wszystkich towarzystw, mających na celu walkę z chorobami społecznemi, propagandę higjeny, opiekę nad dziećmi i t. p.".

Wniosek powyższy został uchwalony.

Na powyższem posiedzenie zakończono.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Lwów.

Z Izby Lekarskiej Lwowskiej donoszą, że na fundusz wdów i sierot po lekarzach Izby złożyli: Dr. Walerjan Serbeński we Lwowie 143 zł 50 gr, Docent U. J. K. Dr. Wincenty Czernecki we Lwowie 293 zł. Do bibljoteki Izby ofiarował kilkadziesiąt cennych książek Dr. Władysław Mikucki w Stanisławowie.

Ze świata.

IX. Zjazd międzynarodowy historji medycyny odbędzie się w Bukareszcie od 10—18 września r. b. Prezesem Komitetu Organizacyjnego jest dr. V. Gomoiu. Głównemi tematami obrad będą następujące zagadnienia: 1. Rozwój medycyny w krajach bałkańskich. 2. Obrona Europy przed zarazą morową. Pozatem na Zjazd zgłoszonych zostało dotychczas przeszło 80 odczytów na tematy historyczno-lekarskie z różnych krajów świata. Z Polski zgłosili na Zjazd w Bukareszcie: Prof. W. Szumowski (Kraków): O doniosłości logiki medycyny dla wykładów historji medycyny. Doc. T. Bilikiewicz (Kraków): Mitologja lekarska u Słowian. Prof. W. Reiss (Lwów): Przyczynek do historji okularów. Doc. L. Zembrzuski (Warszawa): Mór w dawnej Polsce i sposoby ówczesne zwalczania tej epidemji. Wpisowe wynosi: dla członków Międzynar. Tow. historji medycyny 100 fr. franc., dla innych 125 fr. franc., osoby towarzyszące wpłacają 75 fr. franc. Zapisy przyjmuje Sekretarjat Kongresu: Bukareszt, 86, Stirbei Voda.